



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

TRABAJO DE FIN DE GRADO

“ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL: TODAVÍA QUEDA MUCHO POR HACER”



Curso de Adaptación al Grado de Trabajo Social

Elena Castán Gistáin y Marina García Canut

Director: Francisco Galán Calvo

Co-Director: Miguel Miranda Aranda

Zaragoza, junio de 2014

ÍNDICE

1. Revisión sobre aspectos relacionados con la enfermedad mental y su estigma	4
Sobre la enfermedad mental	4
De la Reforma Psiquiátrica y la modificación del imaginario colectivo	6
Estigma y enfermedad mental	10
Identidad y autoestigma	15
¿Qué podemos hacer los Trabajadores Sociales?	15
La lucha contra el estigma en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud	17
Participación y Movimiento Asociativo	19
2. Estudio para medir las actitudes hacia la enfermedad mental en los alumnos del segundo ciclo de E.S.O. de los Institutos de Educación Secundaria de la Comarca de la Ribagorza (Huesca)	23
Justificación	23
Metodología empleada	25
Resultados	30
3. Conclusiones	47
4. Bibliografía	50
5. Anexos	53
I. Cuestionario de Actitud hacia la Enfermedad Mental (A.E.M.)	54
II. Plantilla de corrección del Cuestionario A.E.M.	6

REVISIÓN SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD MENTAL Y SU ESTIGMA

SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Encontrar una definición bien delimitada para el concepto “enfermedad mental” se torna una ardua tarea, puesto que los límites entre este estado, y lo que concebimos como salud mental, no están claros ni bien diferenciados. Han sido muchos los criterios utilizados para designar a una persona como sana o enferma, mentalmente hablando, debido a la diversidad de ideologías, culturas, teorías, creencias... a las que el individuo se ha visto expuesto a lo largo de la Historia. Haremos una aproximación al concepto que nos ocupa refiriéndonos a la definición que propone la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales en su “Guía de Estilo” sobre Salud Mental, concibiendo el trastorno o enfermedad mental como “una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc., lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive, y crea alguna forma de malestar subjetivo”.

Salud y enfermedad mental no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se manifiestan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Podríamos reconocer como componentes principales de una buena salud mental el bienestar emocional, la competencia, la autonomía, la aspiración, la autoestima, el funcionamiento integrado, una adecuada percepción de la realidad, etc.

Las manifestaciones clínicas de los trastornos mentales pueden ser muy diferentes en función de la afección de la que hablemos, viéndose alteradas patológicamente una o más áreas de las ya citadas como componentes principales de una buena salud mental.

El “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (en inglés “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, DSM), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) recoge una clasificación de los trastornos mentales, y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, conformando un instrumento para que clínicos e investigadores puedan diagnosticar, estudiar y tratar los distintos trastornos. Actualmente se encuentra en vigor la quinta

edición de dicho manual, que fue publicada el 18 de mayo de 2013 en Estados Unidos, con una serie de modificaciones y nuevas aportaciones a la revisión anterior. Además, contamos también con la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión décima (CIE-10), publicada por la OMS, y que determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad, incluyendo un capítulo para los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para los años 2009-2013, se estima que el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental, el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres. La prevalencia de mala salud mental en España sería del 21,5% entre los entrevistados en la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, siendo más elevada entre las mujeres (27%) que entre los hombres (15,7%), aumentando con la edad, principalmente entre las personas mayores de 65 años, tanto en hombres como en mujeres. El estudio en cuestión refleja también diferencias significativas entre Comunidades Autónomas respecto a la prevalencia de mala salud mental, que podrían estar relacionadas con características como el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, las tasas de desempleo e inmigración y con el desarrollo desigual de la reforma psiquiátrica en las diferentes CCAA, proceso del que más adelante hablaremos. La prevalencia de mala salud mental es mayor entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas y en hombres y mujeres con menores niveles de estudios. En lo referente a la situación laboral, también se observa mayor prevalencia en personas en situación de baja laboral, seguidas por personas desempleadas, sugiriéndose la relación de situaciones prolongadas de depresión económica con aumento de alcoholismo y drogadicción, depresión, suicidio y otros problemas de salud mental. También la clase social influye de forma importante en el riesgo de padecer trastornos mentales, así como se observa mayor prevalencia de mala salud mental en personas cuya realización de las actividades de la vida cotidiana está limitada, siendo resultado estas limitaciones de problemas de salud mental y/o físicos, lo que refuerza el impacto, en términos de discapacidad, de los problemas de salud mental en la vida cotidiana de las personas.

DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Y LA MODIFICACIÓN DEL IMAGINARIO COLECTIVO

El nuevo año despuntaba en el hospital, pero para nosotros el tiempo se había parado, la ilusión y los motivos de vivir estaban encerrados en una planta de agudos. No me olvidaré del compañero que no podía parar de dar vueltas, sólo fumaba y no podía parar. Le pregunté: “¿por qué te mueves?”; “no lo sé”, me contestó. Pasé varios días sin parar de llorar. Al despuntar el día nos despertaba un celador gritando. En las duchas se usaban sábanas para secarse, y no había ninguna intimidad.

Casal Álvarez, “Derechos y participación de las personas con diversidad mental”, *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 23, 2010, p. 303.

Es pertinente que hagamos un breve recorrido por la evolución de la asistencia psiquiátrica, del *modus operandi* en lo referente al tratamiento de las personas con trastorno mental, para comprender el proceso al que dicha asistencia se ha visto y se está viendo sometida; de dónde venimos y a dónde pretendemos llegar, contextualizando el marco estratégico de la atención psiquiátrica, así como la situación en la que nos encontramos en la actualidad.

Partiremos del momento en que, tras la Segunda Guerra Mundial, comienza a manifestarse un interés por modificar el modelo de asistencia a las personas que padecen una enfermedad mental, un rechazo por el encierro asilar y el manicomio, imperantes hasta el momento, abogando por nuevos recursos y diseños terapéuticos, que resulten más eficaces y solidarios. Se busca con ello dar solución al fracaso del modelo anterior, además de devolver la dignidad y el respeto por los derechos de las personas con trastornos mentales. Todo ello pasa por un proceso de desinstitucionalización que va a caracterizar el movimiento de la reforma psiquiátrica, involucrando como protagonistas y agentes activos a la comunidad y al sistema sanitario y de prestaciones sociales. Y es que es eso, precisamente, lo que se pretende: crear un nuevo modelo asistencial con la exigencia de una sensibilidad política, una implicación de la comunidad y un compromiso técnico-ético-político por parte de los profesionales, con los que, hasta el momento, no se contaba, incluyendo la reconstrucción de saberes y técnicas en un proceso que conllevará el surgimiento de nuevos sujetos de derecho, y nuevos derechos para los sujetos. Aquellos derechos de los que se había privado a los hasta entonces denominados “locos”.

Nos centraremos en hacer una revisión del desarrollo del proceso de desinstitucionalización en España, por ser nuestro ámbito más próximo, de interés y competencia inmediata. En nuestro país no fue hasta los años 80 cuando se dieron los primeros pasos en pro de un cambio en el modelo asistencial psiquiátrico, coincidiendo con una demanda social, la voluntad política y la presencia de un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo.

Hace 30 años no había Unidades de Agudos, ni Hospitales de Día, la asistencia psiquiátrica no estaba integrada en la SS fuera de los neuropsiquiátricos de cupo y había que recurrir a las diputaciones para atender de modo benéficamente encubierto casi siempre, a los pacientes que precisaban internamiento. Había, eso sí, un cierto entusiasmo y una tarea por hacer, casi tan política y social, como asistencial, a la que dimos en llamar Reforma.

Santiago Lamas, “Qué queréis que os diga...hace treinta años”. *Siso nº 40*; 2004; p. 79.

Podemos considerar momento de partida de este punto de inflexión en la historia de la psiquiatría en nuestro país, la creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, en julio de 1983, con la posterior redacción del “Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica”, con Ernest Lluch a la cabeza como Ministro de Sanidad y Consumo, en abril de 1985, mediante el cual se delimitaron los principios generales y la filosofía a seguir para el proceso de transformación de la atención psiquiátrica, y se propuso una serie de directrices y recomendaciones para la implantación de un nuevo modelo de atención a la salud mental. En éste se detallan las ideas motrices de la transformación que nos ocupa, y los principios y objetivos que han de informar la reforma psiquiátrica, entre otras consideraciones, de las cuales podríamos subrayar la inclusión de la asistencia psiquiátrica en la sanidad pública, la atención a los aspectos bio-psico-sociales del enfermar, más allá de las acciones médico-sanitarias, o la promoción de la salud con la participación de los diversos agentes comunitarios.

Fue un momento propicio para el cambio, que reunía una serie de condiciones favorables para comenzar el proceso de transformación que tan necesario se antojaba:

- Surge en tiempos de transformación y de reconstrucción de la sociedad civil, después de 40 años de dictadura y de una Guerra Civil.

- Nos encontramos, además, en el contexto de la reforma sanitaria (Ley General de Sanidad, 1986) y de las prestaciones sociales.
- Su inicio tardío con respecto al movimiento de reforma en otros países va a permitir conocer y subsanar los errores y problemas de estos últimos.
- Existencia de profesionales preparados técnicamente para la reforma.

Consecuencia de estas condiciones y de las acciones que se comenzaron a desarrollar para avanzar en el propósito que se perseguía, se fueron construyendo cambios y alcanzando logros en la modificación del modelo asistencial, el número y la calidad de los servicios, y el imaginario social en la representación que de la enfermedad mental y de los servicios psiquiátricos tiene hoy la población, hecho que se pone más de manifiesto en las zonas en las que se ha dado el cierre del hospital psiquiátrico y la creación de una red comunitaria (Manuel Desviat, 2010).

Quisiéramos hacer especial hincapié en este último aspecto, dado el leitmotiv del trabajo que tiene entre manos, y es que el verdadero cambio se consigue trabajando desde dentro, en profundidad, mediante la prevención y la promoción de la salud, algo que no puede darse sin el trabajo con la comunidad. Son muchas las consecuencias negativas que han tenido, y siguen teniendo a día de hoy, las percepciones, actitudes y creencias de la gente respecto de ciertos colectivos, las limitaciones generadas llevadas a términos insospechados, fruto del desconocimiento y la mala gestión de la información por los medios de comunicación, ayudados por el modelo asistencial de institucionalización previo a la reforma. Es el círculo interminable, la “pescadilla que se muerde la cola”, de un asunto que sigue preocupándonos a día de hoy y contra el cual seguimos luchando: el estigma asociado a la enfermedad mental. Por lo que, como vemos, el proceso de reforma psiquiátrica va a tener mucho que ver con los primeros pasos hacia la modificación del imaginario colectivo, empezando por la búsqueda de integrar un modelo asistencial comunitario, con esta comunidad no sólo como usuaria, sino como integradora y agente participe en el proceso de planificación-programación y como generadora de recursos, para lo cual hay que empezar a trabajar con las percepciones que del colectivo asistido se tiene, y las actitudes hacia éste.

Sin embargo, señala Desviat (2010), que pese a las buenas intenciones y a las condiciones favorables para la reforma, no han hecho sino darse errores y falta de apoyo al proceso de cambio, de modo que como resultado podemos concluir el fracaso de la reforma psiquiátrica en España. Un desarrollo de dicha reforma muy desigual en las diferentes CCAA del estado, donde entran en juego las competencias, transferencias, voluntades

políticas regionales, el compromiso profesional...; la insuficiencia de recursos en la atención a la cronicidad y la precariedad de programas comunitarios; insuficiencias técnicas y dificultades en el propio mundo profesional “comunitario”; la incapacidad de los gobiernos en abordar una reforma en la Función Pública y en desarrollar normativas legales en pro del proceso de reforma, que se ha venido realizando al amparo del artículo 20 de la Ley General de Sanidad (*“Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los Servicios Sociales”*), y gracias al buen hacer de parte de los profesionales, con apoyo de ciertos políticos y gestores sanitarios. No obstante, incide como dificultad primera para el desarrollo de la reforma psiquiátrica, en los problemas que el modelo propuesto ha sufrido para ser integrado en la conciencia colectiva, tanto en la consideración de la sociedad civil y de sus agentes (asociaciones, partidos, sindicatos), como de los colectivos profesionales. Todo este conjunto de factores, principalmente la falta de implicación social, han conseguido el derribo de la organización comunitaria de la salud mental en muchas regiones españolas, volviendo a centrar sus “esfuerzos” en la atención a los hospitales.

Propone este autor que la defensa de un modelo comunitario supone un compromiso diario clínico, ético y político, ausentes hasta el momento, y añade:

La sostenibilidad del modelo implica su aceptación por parte de la población, cuando entre a formar parte de su propia identidad, porque forme parte activa en la tarea. Hay pendiente un trabajo ciudadano, desde las herramientas de nuestros oficios, para cambiar un imaginario colectivo que deposita cada vez más las dificultades y malestares, a los que arroja al ciudadano la creciente alienación de la vida cotidiana, en manos de expertos y chamanes, convirtiendo muchas veces en síntomas la incapacidad para hacer frente a los reveses de la existencia, o las fallas de un sistema social que predispone, cuando no provoca y prolonga, las llamadas enfermedades mentales.

Manuel Desviat, “Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España”. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 23; 2010; p.262.

ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL

El concepto “estigma” ha tenido diferentes acepciones a lo largo de la historia e interpretaciones de diversa índole. Los griegos acuñaron este término (στίγμα) para referirse a los signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo o poco habitual en el status moral de quien los presentaba (p.ej. cortes, quemaduras...eran representativos de esclavos, criminales o traidores) Según el Diccionario del uso del español (Moliner, 2007, p. 1277) se comprende como “marca o señal en el cuerpo; particularmente, cuando procede de un castigo corporal o de la aplicación del hierro candente como pena infamante o como signo de esclavitud... Acto o circunstancia que constituye una deshonra para alguien”. Tras el surgimiento del cristianismo, se sumaron otros significados, como el de signos corporales de la gracia divina, que tomaban forma de brotes en la piel. Siglos más tarde, el concepto continúa utilizándose con un sentido similar al de su origen, pero hace referencia al mal en sí mismo, y no a sus manifestaciones corporales, además de que los males que despiertan preocupación han cambiado.

No podemos continuar divagando sobre este concepto sin hacer referencia al amplio estudio sobre el mismo, llevado a cabo por Erving Goffman, y que dio a conocer mediante su publicación, en 1963, “Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity” (“Estigma: La identidad deteriorada”) Hace un análisis de la estigmatización como procedimiento manifiesto en la interacción social, mediante el cual la sociedad establece una serie de atributos y categorías de personas que en el medio social se pueden encontrar. Es a través de las primeras interacciones entre individuos, el modo en que las personas reconocemos unos atributos en los otros y les ubicamos en una categoría determinada, que terminará por conformar su “identidad social”, es decir, las expectativas que respecto a esas personas podemos albergar. En este “juego” de ordenación social, toman parte aspectos objetivos y subjetivos de los mecanismos mentales del “categorizador”: por un lado, las características realmente visibles y demostrables del sujeto que está siendo sometido a juicio (lo objetivo), por otro, la mirada retrospectiva que hace el juez en su categorización, las creencias y significaciones atribuidas a esas características reales y objetivas (lo subjetivo) Estigmas son esos atributos que nos llevan a la categorización del individuo, cuando le convierte en un sujeto menos apetecible que el resto, provocando un reduccionismo de persona total a un ser menospreciado. Por lo tanto, el “estigma” es un atributo profundamente desacreditador. Y continúa Goffman presentándonos un extenso ensayo sobre los diferentes tipos de estigma y las múltiples reacciones y maneras de relacionarse los “normales” (no estigmatizados) con los que no lo

son, y viceversa. El estigma, dice Aretio Romero (2010), no implica simplemente una separación de los individuos en estigmatizados y normales, sino que es un proceso social de dos roles en el que cada persona participa en ambos en algún momento de su vida.

Históricamente, la sistematización que se ha hecho de los diagnósticos psiquiátricos ha sido profundamente estigmatizadora, utilizándose socialmente a menudo palabras para designar a los afectados con un alto contenido y efecto marginador. En definitiva, han estado cargados de significaciones muy negativas, desde el punto de vista social. “Morselli, Spitzke, Krafft-Ebing, Hammond, Regis, P. Mata, etc. construyeron clasificaciones diagnósticas diversas cuyos nombres resultaron igualmente peyorativos y hasta insultantes cuando fueron trascendiendo al gran público” (Seva Díaz, A. y Fernández Doctor, A., 1995, p. 257) Así vemos cómo, por ejemplo, Regis hablaba de “alienaciones constitucionales” entre las cuales ubicaba a las “degeneraciones involutivas”, los “vicios de organización” y las “degeneraciones de involución”. O a Pedro Mata situando dentro de las “locuras degenerativas o heredadas” a los “idiotas”, “imbéciles”, “cretinos”, “albinos”, “sordomudos”, “epilépticos”, “histéricos”, “locos afectivos”, “degenerados”... y así podríamos seguir con otros tantos autores y términos más. Y aunque en la actualidad contamos con los instrumentos anteriormente citados, el DSM-V, o el CIE-10, como herramientas para homogeneizar enfoques diagnósticos más universales, y se han acuñado nuevos términos más “políticamente correctos” (se habla de trastornos en lugar de enfermedades, Depresión Mayor, Trastorno Bipolar, Trastorno Autista, Trastorno Disociativo...), lo cierto es que el carácter marginador y peyorativo de muchos diagnósticos continúa en los mismos. La huella que han dejado los diagnósticos psiquiátricos en el lenguaje social es muy importante, tanto que podemos verla reflejada incluso en el refranero popular: *“Al toro y al loco, lejos”, “El amor y el hombre loco, duran poco”, “La locura no tiene cura, y si la tiene, poco dura”* o *“Mal que no tiene cura es la locura”*.

Seva Díaz (1985) relaciona la utilización histórica de estos conceptos en la práctica psiquiátrica, con las actitudes de la población hacia las personas que padecen una enfermedad mental y su tendencia a considerarlas peligrosas, susceptibles de ser tratadas en lugares aislados, diferentes al resto de enfermos, y el pensamiento de que una persona que ha sufrido una enfermedad mental nunca volverá a ser la misma (citado en Miranda, M., 1996).

Con todo esto, no es de extrañar que las actitudes sociales ante los diagnósticos psiquiátricos sean tan negativas y que se pretenda su ocultamiento. Estamos ante un claro proceso de estigmatización.

Tienen mucho que ver en este proceso algunos aspectos emotivos y visiones estereotipadas presentes en la sociedad, que se ponen de manifiesto de muy diversas formas en el manejo que de la información hacemos las personas a través de unos y otros medios, en diferentes contextos de la vida diaria: la información que intercambiamos en las interacciones personales informales, es decir, el “cara a cara”, la transmitida en situaciones más formales o actos organizados, como puede ser una reunión de trabajo, una conferencia, un acto religioso, etc., y por último, la información que gestionan los medios de comunicación. A través de estos canales se transmiten mensajes de muy diversa índole, que van a generar actitudes positivas o negativas respecto a ciertos asuntos, creencias, colectivos...de modo que tienen el poder de reforzar y/o modificar los prejuicios y estereotipos preexistentes (Miranda, M., 1996) Dice este autor que los prejuicios y los estereotipos son la base sobre la que se construyen, en muchas ocasiones, actitudes sociales que facilitan, dificultan o impiden los procesos de reinserción social, ya que implican una serie de creencias y valores que van a determinar cogniciones y comportamientos en los individuos. Morales et al. (1995) hacen una aclaración respecto a la relación existente entre el estereotipo, el prejuicio y la discriminación:

Según una caracterización cognitiva, en el caso de una actitud negativa hacia una categoría o un grupo social, el estereotipo sería el conjunto de creencias acerca de los atributos asignados al grupo, el prejuicio sería, por su parte, el afecto o la evaluación negativa del grupo, y la discriminación, por último, sería la conducta de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al grupo o categoría en cuestión. Por ello resulta tan necesario trabajar con los conocimientos, actitudes y habilidades sociales cuando se trata de reducir o eliminar el estigma.

Citado en Aretio Romero, A., “Una mirada social al estigma de la enfermedad mental”, *Cuadernos de Trabajo Social*, vol.23, 2010, p. 292.

Y Fischer, G.N. (1990) afirma que:

El prejuicio puede ser definido como una actitud del individuo que implica una dimensión evaluativa, con frecuencia negativa, con respecto a personas y grupos, en función de su propia pertenencia social. Se trata, por tanto, de una disposición adquirida cuya finalidad consiste en establecer una diferenciación social.

Citado en Miranda, M., "Marginación y enfermedad mental", *Trabajo Social y Salud*, n° 24, 1996, p. 49.

Estos planteamientos no hacen otra cosa sino revelar un amplio abanico de aspectos en los que intervenir, campos en los que queda todavía mucho trabajo por hacer. Si, como afirma Fischer, los estereotipos sobre los cuales elaboramos nuestras cogniciones y desarrollamos determinados comportamientos, son disposiciones adquiridas, nos planteamos que pueden ser sometidos a un proceso de reaprendizaje. Se trataría, pues, de una cuestión de reeducación social con el fin de modificar prejuicios y estereotipos en la comunidad, concepciones erróneas y dañinas respecto a las personas que padecen, en este caso, una enfermedad mental, para así ver alteradas las consecuentes actitudes respecto a este colectivo.

El "loco" ha sido, a lo largo de la Historia, un marginado. Y ha sido así por la significación que se le ha dado a semejante estado, asociándolo a la ruptura de normas, la inadaptación a lo establecido, la desviación, la resistencia a la normalización, la distancia con el grupo predominante... Son estas acepciones del enfermo mental las que le han llevado a ser objeto del confinamiento, la institucionalización, y por lo tanto, la cronificación; se ha visto anulado, reducido a su padecimiento, eliminados sus derechos, alienado...

Sobre estas consecuencias de la estigmatización escribe Aretio Romero en su artículo "Una mirada social al estigma de la enfermedad mental". Alude a la investigación que, en el año 1998, llevó a cabo la Asociación Mundial de Psiquiatría, dentro de su Programa para combatir el estigma y la discriminación debidos a la esquizofrenia, y a las conclusiones que de ésta se extrajeron en lo que a nuestro país respecta: no existe prácticamente discriminación hacia la enfermedad entre las personas que no tienen contacto con la misma, y, por el contrario, quienes están más próximos a la esquizofrenia son los más discriminados y, a su vez, los que más discriminan, incidiendo en tres colectivos: las personas con esquizofrenia, los familiares de las mismas, y los profesionales sanitarios. Por lo tanto, cuanto más próximo se está a la enfermedad, más posibilidades existen de padecer estigma. Otros estudios revelan que las actitudes públicas hacia las personas con enfermedad mental se han tornado más estigmatizadoras en las últimas décadas, adjudicando dicha culpa, principalmente, al papel que ejercen los medios de comunicación.

Las personas con diversidad funcional mental estamos estigmatizadas por el conjunto social en parte por los prejuicios arraigados en la cultura popular. Las

personas enfermas son consideradas impredecibles, o peligrosas, y sufren procesos de exclusión y etiquetación difíciles de evitar. A ello contribuye el tratamiento que reciben en los medios de comunicación, donde se suele amplificar la eventual implicación de enfermos en actos violentos o socialmente llamativos.

Casal Álvarez, "Derechos y participación de las personas con diversidad mental", *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 23, 2010, p. 307.

Algunas de las consecuencias más llamativas de la estigmatización asociada a la enfermedad mental son:

- La restricción de derechos, principalmente sociales, en cuanto al acceso a recursos, a los servicios públicos o a la participación social.
- Problemas de incorporación y mantenimiento en el ámbito laboral, para acceder a una vivienda, o para formar una familia.
- Temor de las personas afectadas a acudir a los servicios específicos para abordar la enfermedad, tanto en el ámbito sanitario como en el social, por miedo a ser etiquetados. Esto desemboca en la ausencia de tratamiento en las fases iniciales, y por ende, en el agravamiento del padecimiento.
- Inferior asignación de recursos para prevenir y tratar estas enfermedades, así como el desprestigio de los profesionales asociados a ellas.
- Inseguridad de las personas con enfermedad mental ante "los otros", quienes no les comprenden, lo que ocasiona que los afectados se relacionen únicamente en espacios "protegidos", y se dé cierto aislamiento social. Esto provoca aumento de la ansiedad en aquellos que se ven forzados a aislarse, y en muchas ocasiones, situaciones de sobreprotección, lo que dificulta el tan deseado trato igualitario.

(Aretio Romero, 2010).

Estamos, de nuevo, ante ese círculo que no tiene fin...

IDENTIDAD Y AUTOESTIGMA

La persona estigmatizada es protagonista de un proceso dual: por un lado, es sabedora de que posee muchos más atributos y características que aquellos que la estigmatizan, por otro, ha asimilado e interiorizado respecto de sí misma ciertas creencias que le atribuye el grupo dominante, por lo que asume que es “diferente”. Esto no pasa desapercibido en su comportamiento e interacción con los demás, permaneciendo continuamente en actitud de alerta frente a aquellos atributos que provocan su estigma. Consecuencia de ello es que esas características contra las que lucha día a día se conviertan, a su vez, en un rasgo central de su personalidad, ya que va a centrar sus esfuerzos en ocultarlas o corregirlas, forjando así una parte de su identidad.

Arnaiz y Uriarte (2006) introducen el término “autoestigma” para definir las “reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos...” “...el autoestigma consta de estereotipos, prejuicio y discriminación” (“Norte de Salud Mental”, nº 26, p. 52) Las personas vuelven el prejuicio contra ellas mismas. El autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, principalmente autoestima y autoeficacia bajas. De este modo, se explican fracasos en la inserción laboral, búsqueda de la vivienda, etc., cuando las circunstancias externas parecen favorecedoras, pero es la actitud de la persona la que va a dificultar el éxito en tales objetivos.

¿QUÉ PODEMOS HACER LOS TRABAJADORES SOCIALES?

Como ya hemos citado, queda todavía mucho por hacer en lo que a la lucha contra el estigma de la enfermedad mental se refiere. Una reforma psiquiátrica fallida, la escasez de recursos sociales y sanitarios para atender a este colectivo, una sociedad discriminadora plagada de prejuicios y mal informada, consecuencia del desconocimiento de la enfermedad mental, y la acción de los medios de comunicación... Como decíamos, mucho por hacer, y los Trabajadores Sociales no somos ajenos a esta problemática. Si revisamos la historia de nuestra disciplina y nos detenemos a observar el objeto de nuestra intervención, recordaremos que, como bien dijera Teresa Zamanillo, nuestra razón de ser está en intervenir en todas aquellas situaciones que provocan el malestar psicosocial del individuo, consecuencia de todo lo que interfiere en su autonomía, y de su vivencia personal, su malestar, respecto a dicha situación. No cabe duda, pues, de que nuestro papel

en semejante realidad forma parte esencial de la piedra angular multidisciplinar que debe abarcar este tema. Algunas consideraciones que deberían tenerse en cuenta en esta tarea son las siguientes:

- La importancia de realizar un enfoque psicosocial al proceso salud/enfermedad. A pesar de que es algo en lo que se lleva incidiendo mucho tiempo en el ámbito sanitario, lo cierto es que sigue primando el enfoque biologicista, y los Trabajadores Sociales se encuentran constantemente en lucha por integrarse en los equipos de salud y eliminar jerarquías.
- La defensa del principio de autodeterminación del paciente y de las capacidades de la persona para tomar las decisiones más apropiadas respecto a su salud. La expresión “si yo creo en ti, tú creerás en ti” cobra un valor especial en estas intervenciones, aumentando la generalmente baja autoestima de los pacientes con enfermedad mental.
- La defensa de los derechos de las personas que padecen una enfermedad mental como ciudadanos y ciudadanas, sobre todo en el ámbito social.
- El fomento del trabajo en red, la promoción de las redes de apoyo, la coordinación y sinergia entre colectivos e instituciones para lograr objetivos comunes en el terreno de la enfermedad mental.
- Trabajar el empoderamiento, para que las personas con enfermedad mental, y sus familias, adquieran más protagonismo en la escena pública y, en definitiva, en la toma de decisiones en el conjunto de su vida. Estimular y capacitar a las personas con enfermedad mental para que hagan una defensa activa de sus derechos, y que las asociaciones tengan cada vez más influencia en el diseño de políticas públicas.
- El trabajo a favor de la inclusión social, tanto a nivel individual, buscando la incorporación normalizada del individuo en el contexto comunitario, como una inclusión comunitaria, fomentando relaciones de acogida y trabajando para minimizar y eliminar los prejuicios y estereotipos segregadores.
- El impulso de proyectos de integración grupal y comunitaria que permitan la inclusión de la que hablamos, en condiciones de respeto y de igualdad.

(Aretio Romero, A., 2010).

LA LUCHA CONTRA EL ESTIGMA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Como parte de uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Política Social, se elaboró y aprobó en el año 2006 la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, fruto de un trabajo participativo entre las asociaciones profesionales y ciudadanas interesadas en Salud Mental, y las Comunidades Autónomas. Tras una evaluación de los primeros resultados obtenidos, se presentó la Estrategia para el periodo 2009-2013, siendo ésta la última que ha visto la luz, y que incluye, entre otros aspectos, la definición de una serie de objetivos y recomendaciones en la materia. Establece cinco líneas estratégicas: la promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental es la primera de ellas, seguida de la atención a los trastornos mentales, la coordinación intrainstitucional e inter-institucional, la formación del personal sanitario, y por último, la investigación en salud mental. Como vemos, la erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental sigue siendo un aspecto prioritario, para el cual, esta Estrategia define una serie de objetivos específicos de cara a guiar la acción hacia su consecución, y que nos parece importante rescatar para hacernos una idea del contexto actual en el que nos encontramos a nivel de políticas públicas respecto a este asunto:

- *El Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA. incluirán en sus planes y programas intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización, incluyendo el estigma laboral que sufren las personas con trastorno mental.*
- *El Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA. promoverán iniciativas para revisar y actuar sobre las barreras normativas que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental.*
- *Los centros asistenciales dispondrán de normas específicas en sus protocolos y procedimientos encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.*
- *El ingreso de las personas con trastornos mentales en fase aguda se realizará en unidades de psiquiatría integradas en los hospitales generales, convenientemente adaptadas a las necesidades de estos pacientes. Las CC.AA. adecuarán*

progresivamente las infraestructuras necesarias para el cumplimiento de este objetivo.

- *El Ministerio de Sanidad y Política Social promoverá iniciativas de coordinación con la OMS, la Unión Europea y otros organismos internacionales en el ámbito del fomento de la integración y la lucha contra el estigma y la discriminación.*

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013", 2011, p. 40.

Aportan, además, varias recomendaciones orientadas al logro de los objetivos que acabamos de enumerar:

1. Implantar mecanismos para identificar en la legislación vigente barreras que impidan el ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastornos mentales.
2. Intervenciones para la integración y la reducción del estigma de este colectivo, dirigidas preferentemente a profesionales de la salud, de la comunicación, de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.
3. Adaptar, en las CC.AA., normas y procedimientos para fomentar la integración y reducción del estigma y la discriminación.
4. Adecuación de las unidades de psiquiatría: espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal, organización interna... para atender las necesidades específicas de las personas con trastorno mental: de ocio, relación, ocupación y participación, con respeto a su intimidad, dignidad y libertad.
5. Disponer alternativas residenciales que fomenten la convivencia e integración de las personas con trastorno mental grave, para evitar estancias hospitalarias innecesarias y asegurar la continuidad de cuidados.
6. Impulsar líneas o proyectos de promoción y prevención dirigidas a la erradicación del estigma y favorecedoras de la inserción social y laboral.

PARTICIPACIÓN Y MOVIMIENTO ASOCIATIVO

La atención a las personas con enfermedad mental se ha dejado, principalmente, en manos de sus familiares, sin haberles proporcionado los apoyos necesarios. Además, las asociaciones de familiares se identifican más con la prestación de servicios que como herramienta para la participación y acción ciudadana, debido al estigma, la falta de poder, las dificultades en la comunicación y la falta de representación en primera persona.

Es conveniente hacer referencia a la Convención de Naciones Unidas de Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual ha sido ratificada por el Estado Español, y que en su artículo primero incluye entre este colectivo a las personas con diversidad funcional mental. Mediante dicho documento, el Estado se compromete a asegurar y promover el pleno ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, sin discriminación alguna (art. 4) Así pues, las instituciones tienen que garantizar que las personas con problemas de salud mental puedan vivir en comunidad, proporcionar los apoyos necesarios, y respetar sus decisiones y preferencias, para lograr su participación efectiva y evitar situaciones de exclusión y marginación. Dicha Convención reconoce que las personas con diversidad funcional tienen los mismos derechos y obligaciones que todos los ciudadanos, aunque esto está todavía muy lejos de la realidad. El Artículo 12 de la misma recoge que “las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de su vida” (citado en Casal Álvarez, 2010: 309), es decir, una persona no puede perder su capacidad de obrar a causa de su discapacidad, y la capacidad jurídica no puede ser objeto de limitaciones. Por último, destacar el Artículo 19 de dicha Convención, a través del cual se proporciona una serie de herramientas o propuestas con la finalidad de promover la independencia de la persona con discapacidad, y su inclusión en la comunidad:

1. Las personas institucionalizadas deben poder vivir en su localidad, y nadie puede ser retenido en una institución en contra de su voluntad.
2. Se debe asegurar el respeto a la autonomía personal, eliminando tratamientos forzados farmacológicos en residencias y servicios ambulatorios.
3. Se debe garantizar la accesibilidad a los servicios comunitarios, proporcionando los medios humanos y económicos para que se cumplan los Derechos Humanos del colectivo.
4. Se debe ofrecer servicios públicos y de cuidado integral de la salud de la persona, elaborados con la consulta a los usuarios y supervivientes de la psiquiatría y a sus

organizaciones, incluyendo apoyo entre iguales, residencias para situaciones puntuales de crisis, y lugares para el respiro familiar.

5. Se deben crear oficinas para la promoción de la autonomía personal y vida independiente que incluyan a las personas con diversidad mental.
6. Trabajar con la figura del apoderado, o una persona cercana con consentimiento para decidir en momentos de crisis o situaciones en las que la persona no es capaz de tomar decisiones y no puede dar consentimiento informado.

Con todo lo expuesto, concluimos que la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad es un instrumento legal de suma importancia, que deberíamos conocer, divulgar, y exigir su cumplimiento. Además de dicho documento, se recoge también en la Constitución Española que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.” (art.9.2), y que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social” (art. 10.1).

En las últimas décadas han surgido numerosas asociaciones de profesionales y familiares de personas con enfermedad mental cuyos fines son la promoción de dicho colectivo y la eliminación del estigma asociado a la enfermedad; sin embargo, sin querer menospreciar sus buenas intenciones, distan mucho de las de los verdaderos protagonistas, los usuarios de los servicios de atención a la salud mental. Ambos movimientos pretenden el logro de un objetivo común: mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, pero no interpretan de la misma manera la metodología para alcanzarlo. Las asociaciones de familiares buscan apoyo con la concesión de certificados de discapacidad, pensiones, reconocimientos de la situación de dependencia, incluso la incapacitación. Pero, si los propios seres queridos no confían en las capacidades de sus allegados, ¿quién lo va a hacer? En contraposición a esto, las asociaciones de usuarios buscan un espacio real de participación, con el apoyo y acompañamiento de familiares y profesionales, para el pleno ejercicio de sus derechos. Es necesaria la unión en la lucha contra el estigma y la ignorancia, promoviendo una mejora de la imagen de la salud mental, hablando de capacidad en lugar de incapacitación, superando barreras, aprovechando oportunidades... El reto primero reside en esto mismo, en la confluencia de las fuerzas inmersas en este buque: administraciones, movimientos de familias, organizaciones de profesionales, y el incipiente movimiento de usuarios, dando cabida por primera vez a la voz en primera

persona del colectivo principalmente afectado. Según la OMS (2005), son los propios usuarios de salud mental quienes tienen la responsabilidad de:

Denunciar las violaciones de los derechos humanos, con inclusión de las formas de trato desfasadas e inhumanas, la prestación deficiente de servicios, la atención inaccesible y el uso abusivo del ingreso y tratamientos involuntarios. Abogar por su participación en la elaboración y aplicación de políticas y leyes para mejorar los derechos humanos y los servicios de salud mental. Familiarizarse con los derechos humanos en el marco de las leyes nacionales y la legislación internacional en esa esfera, unir fuerzas con otros usuarios de los servicios de salud mental, para prestarse apoyo mutuo y realizar actividades encaminadas a modificar las actitudes hacia las personas con trastornos mentales, y luchar contra la estigmatización y la discriminación.

Citado en Casal Álvarez, "Derechos y participación de las personas con diversidad mental", *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 23, 2010, p. 311.

Este autor escribe en primera persona, como usuario de los servicios de salud mental, y a partir de sus reflexiones personales en torno a la participación, y producto de los encuentros a los que ha asistido, considera que el movimiento asociativo en primera persona debería basarse en unos principios fundamentales: en primer lugar, la normalización, convirtiendo en una realidad efectiva el postulado de que las personas con enfermedad mental tienen los mismos derechos y responsabilidades que quienes no la padecen; la autodeterminación, en pro del derecho a gobernar su propia vida; la representación en primera persona, como primeros afectados por la patología, tanto en su forma clínica como sus afecciones psicosociales, pues sus voces no pueden verse sustituidas por otros; la solidaridad y apoyo entre iguales, el altruismo, la fraternidad (Casal Álvarez, 2010).

En nuestro país, las asociaciones de usuarios se han ocupado de tres grandes áreas de actividad: el apoyo mutuo y acompañamiento, actividades de perfil más creativo y artístico para difundir mensajes contra el estigma (p.ej. emisoras de radio), y la búsqueda de la representación del colectivo. Requiere una mención especial FEAFES, Confederación Española que agrupa, desde el año 1983, a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familias, en todo el territorio nacional. Su misión es mejorar la calidad de vida de estas personas, la defensa de sus derechos y representar al movimiento

asociativo, y constituye la única entidad a nivel nacional cuyas actividades están abiertas a cualquier persona interesada en el tema que nos ocupa.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para los años 2009-2013 (2011), tiene en cuenta la promoción de la participación y el asociacionismo de las personas con enfermedad mental y familiares, y así lo recoge en uno de sus objetivos generales, estipulando como logro a alcanzar “potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema público de su Comunidad Autónoma” (p. 61) Se recomienda en dicho documento la inclusión en los órganos consultivos y de asesoramiento relacionados con la salud mental, de representantes de asociaciones de profesionales de la salud mental y representantes de las asociaciones de usuarios y familias de personas con trastorno mental, reforzando su continuidad e independencia, y estableciendo mecanismos de apoyo y asesoramiento a las mismas para colaborar con el cumplimiento de sus objetivos.

Algunos hablamos de autonomía y de vida independiente. Sostenemos que tenemos derecho a los apoyos necesarios. Reclamamos que se eliminen las barreras mentales y sociales. Algunos trabajamos el apoyo entre nosotros y disfrutamos del ocio y la cultura de forma normalizada. Tenemos un puesto de trabajo y queremos que nuestros compañeros tengan la posibilidad de encontrar un puesto de trabajo y que se formen adecuadamente en lo que cada cual decida. Queremos servicios públicos sanitarios y sociales para todos, cercanos a nuestros domicilios, evitando la institucionalización y los macro centros residenciales (los manicomios del siglo XXI).

Casal Álvarez, J.C., “Derechos y participación de las personas con diversidad mental”, *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 23, 2010, p. 318.

ESTUDIO PARA MEDIR LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN LOS ALUMNOS DEL SEGUNDO CICLO DE E.S.O. DE LOS INSTITUTOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA COMARCA DE LA RIBAGORZA (HUESCA)

JUSTIFICACIÓN

En este apartado pretendemos exponer el por qué en cuanto a nuestro interés por estudiar las opiniones de cierto colectivo sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen, que conllevarán unas actitudes y comportamientos determinados. Es parte del deber de los Trabajadores Sociales cuestionarnos aspectos como el estigma, debido a sus implicaciones negativas y de rechazo, que derivan en consecuencias de dificultades y limitaciones en diferentes esferas de la vida de quien lo sufre.

Es importante que desde nuestra disciplina nos adentremos en el campo de las actitudes sociales, ya que se trata de un factor medioambiental que muy frecuentemente ocasiona problemas, conflictos y necesidades, en caso de que éstas sean negativas; si por el contrario, las actitudes son positivas, pueden favorecer procesos de integración (Miranda y Nicolás, 1995, citado en Abad, Abad y Miranda, 2013).

Así pues, muchas disciplinas sociales, entre ellas el Trabajo Social, se fundamentan en teorías científicas que tratan la relación entre el sujeto y su ambiente, como es el caso del interaccionismo simbólico, de G.H. Mead, que nos habla de la interacción entre los procesos psicológicos individuales y el medio social (Morales y Olza, 1999, citado en Abad et al., 2013) Este medio social al que nos referimos tiene mucha influencia sobre nosotros, motivo por el cual no debemos reducir nuestro interés, estudio e intervención al individuo, sino tratar de llegar a todo lo concerniente a su entorno, igual de importante y determinante en nuestras vidas. Separar al individuo de la sociedad sería un craso error, pues todas las consideraciones negativas que en ésta se dan de un colectivo determinado, en este caso, de las personas que padecen una enfermedad mental, implican repercusiones en numerosas esferas de su vida, llegando a generar un gran malestar psicosocial y una mala calidad de vida.

Otro motivo por el cual nos proponemos estudiar las percepciones y actitudes negativas en torno a la enfermedad mental y el colectivo de personas que la padecen, es la relación existente entre el estigma y los procesos de exclusión social. Este término conlleva conceptos inherentes como el de desviación, marginación social, diferenciación o

segregación, que van de la mano de una manifestación pública de rechazo y repudio (Tezanos, 2001, citado en Abad et al., 2013).

Existe una percepción generalizada en cuanto a tener o no un trabajo, constituyendo este hecho una importante barrera delimitadora de exclusión social. Por esto es primordial que, para que no se den procesos de exclusión, no impere la creencia de que una persona con enfermedad mental no puede trabajar. Este aspecto, junto a otros como los ingresos, la vivienda, las relaciones y apoyos sociales... constituyen el mapa de riesgos de exclusión social.

Robert Castell estudia este proceso de exclusión social al que nos referimos, y lo representa mediante tres zonas bien delimitadas: la de integración, la de vulnerabilidad y la de marginalidad y exclusión. En la primera de ellas se sitúan las personas que cuentan con un trabajo estable y una red social familiar y vecinal sólida. En la segunda zona citada, encontramos a aquellos cuyos trabajos son precarios, intermitentes, o se encuentran en desempleo, los lazos familiares y sociales son frágiles... es decir, sufren situaciones de inestabilidad. En la tercera y última zona están las personas que no tienen trabajo y sufren situaciones de aislamiento social (Tezanos, 2001, citado en Abad et al., 2013).

En torno a la enfermedad mental podemos reconocer creencias, hechos y actitudes que bien tienen que ver con el proceso de exclusión social que propone Castell, pues muy a menudo nos encontramos con que el colectivo que nos ocupa se halla rodeado de factores y actitudes negativas que, lejos de favorecer su integración, les empujan hacia zonas donde prima la exclusión.

Por todo lo expuesto consideramos necesario medir y analizar las actitudes y creencias negativas en la población respecto a colectivos determinados, de modo que podamos, a partir de los resultados obtenidos, intervenir sobre ellas y modificarlas, con objeto de favorecer la integración de los individuos afectados (Abad et al., 2013).

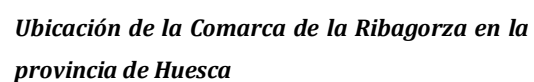
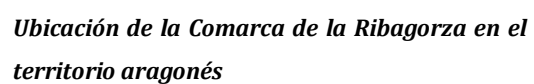
La idea de centrar nuestra investigación en el ámbito escolar parte de varios motivos. Por un lado, es consecuencia del interés que suscita en las realizadoras de este trabajo el entorno educativo, y la creencia de que es de suma importancia promover creencias y actitudes saludables e integradoras en la población joven, edad de inicio de la madurez y época en la que se comienza a conformar una opinión crítica y a integrarse ciertas conductas respecto a cuestiones determinadas. Nos centramos en este ámbito, además, porque consideramos importante que el estudio no se quede únicamente en eso, un estudio, sino que, al constituir un espacio y una población bien delimitada, y en cierto modo pequeña, sea posible, a posteriori, el diseño de un proyecto de intervención con

objeto de actuar sobre las concepciones erróneas que en la investigación se hayan detectado, para modificarlas y favorecer procesos integradores del colectivo de personas con enfermedad mental.

Por otro lado, las intervenciones de promoción en el ámbito escolar están contempladas en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Esta organización refiere que las escuelas son uno de los entornos más importantes para la promoción de la salud y las intervenciones preventivas, además de que experiencias llevadas a cabo demuestran que los programas realizados en escuelas pueden influir en una visión más positiva de la salud mental, y en reducir factores de riesgo, y problemas emocionales y de conducta, mediante el aprendizaje socioemocional. Además, los resultados conllevan otras consecuencias positivas como un mejor rendimiento académico, un aumento de las habilidades sociales y de resolución de problemas, así como una disminución de alteraciones de la conducta como síntomas depresivos, ansiedad, consumos de sustancias, conducta agresiva y delictiva (Guía de Salud Mental Positiva de la Comunidad Autónoma de Extremadura, 2011).

METODOLOGÍA EMPLEADA

La realización del estudio que nos ocupa se decidió dirigirla a los alumnos de 3º y 4º de E.S.O. de los Institutos de Educación Secundaria de la Comarca de la Ribagorza (Huesca) El ámbito geográfico ha sido determinado por el vínculo laboral y personal que las realizadoras del trabajo han tenido con el mismo, por haber sido trabajadoras del Centro Comarcal de Servicios Sociales correspondiente, y por encontrarse próximo a la residencia habitual de ambas, hecho que facilitaba tanto la obtención de los datos requeridos para la elaboración del estudio, como una posible intervención futura en caso de que el análisis de los resultados revelara una necesidad de abordaje comunitario.



En la Comarca de la Ribagorza existen tres Institutos de Educación Secundaria Obligatoria, ubicados en las localidades de Graus, Castejón de Sos y Benasque.

El I.E.S Baltasar Gracián de Graus y la sección delegada situada en Castejón de Sos son de titularidad pública, mientras que el Centro de Educación Secundaria “Valle de Benasque” está patrocinado por el Ayuntamiento de la localidad, y la titularidad del mismo la ostenta la Sociedad Cooperativa de Enseñanza “Valle de Benasque”.

A la hora de decidir el grupo de alumnos al que íbamos a aplicar las encuestas, dudamos en cuanto a si era más conveniente dirigirlo a los pertenecientes a los cursos de 3º y 4º de E.S.O., o a los estudiantes de Bachillerato. Finalmente nos decantamos por el segundo ciclo de la E.S.O por considerar que a la edad correspondiente a dichos cursos (13-16 años), los alumnos pueden tener ya ciertas concepciones adquiridas en torno a la enfermedad mental, y por ende, unas actitudes y comportamientos determinados por las mismas, que quizás en edades más tempranas no estén tan claras. El factor decisorio para considerar a este grupo objeto de nuestro estudio fue pensar que sería bueno realizarlo con un conjunto de alumnos con los que se pudiera trabajar en un futuro en relación a los resultados obtenidos, diseñando un proyecto de intervención a medio-largo plazo; esto podría llevarse a cabo únicamente con alumnos que fueran a permanecer en el centro un tiempo considerable como para poder llevar a cabo la acción, lo que sería imposible con los estudiantes del ciclo de Bachillerato por ser los últimos años en el centro.

Se ha tenido en cuenta para el estudio al total de alumnos matriculados en los cursos de 3º y 4º de la ESO de los tres centros de enseñanza, cuyo número asciende a 147: 108 en el I.E.S Baltasar Gracián de Graus, 21 en la sección delegada de este último, situada en Castejón de Sos, y 18 pertenecientes al Centro de Educación Secundaria “Valle de Benasque”, en esta localidad.

Para determinar el tamaño de la muestra necesario para que los datos obtenidos se consideren relevantes y extrapolables a la población, utilizamos la fórmula para el cálculo de poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = tamaño de la muestra que deseamos conocer

N = tamaño conocido de la población. En este caso corresponde al total de alumnos matriculados en los tres centros educativos donde realizamos el estudio, que asciende a 147.

$Z\alpha^2$ = nivel de confianza. Nuestro nivel de confianza es del 95%, que corresponde a $1'96^2$.

d = precisión. Nosotras la establecemos en un 5%.

p = proporción esperada (50% = 0'5)

$q = 1 - p = 0'5$

Una vez aplicados los datos anteriormente referidos, obtenemos que el número necesario de encuestas respondidas para considerar que la muestra es representativa de la población (n) es de **107**. Hemos obtenido 128 encuestas contestadas, de modo que podemos extrapolar los resultados a la población objeto de estudio.

Como herramienta de investigación utilizamos la encuesta, ya que a través de dicho instrumento podemos medir aspectos objetivos y subjetivos, como son las actitudes. El objetivo de su aplicación es hacer un análisis de la información obtenida, que nos permita extraer conclusiones acerca de los pensamientos y actitudes predominantes entre el colectivo encuestado en lo referente a la enfermedad mental y las personas que la padecen.

El procedimiento que se llevó a cabo fue la distribución de encuestas en los tres centros donde aplicamos la investigación, poniéndonos en contacto con los tutores de los cursos objeto del estudio. Nos encontramos en todo momento con una actitud dispuesta y facilitadora por parte de los responsables de los centros en cuestión, colaborando con nosotras entregando las encuestas a los alumnos en horario lectivo, y entregándonoslas una vez cumplimentadas a la mayor brevedad.

En cuanto a la herramienta empleada, utilizamos el Cuestionario de Actitud hacia la Enfermedad Mental (AEM) diseñado para el "Programa de Promoción de la Salud Mental Positiva y Prevención de la Enfermedad Mental en el ámbito escolar de la Comunidad Autónoma de Extremadura". Éste fue desarrollado por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud, persiguiendo cumplir los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, así como del Plan Integral de Salud Mental 2007-2012 de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Mediante dicho Programa persiguen promocionar una salud mental positiva en el ámbito

escolar, divulgando hábitos de vida saludable y factores de protección de la salud mental, dando prioridad a actividades que mejoren el afrontamiento del estrés, el aprendizaje de técnicas de resolución de problemas, la autoestima y las habilidades socioemocionales. Promueve la toma de conciencia de la importancia, prevalencia y abordaje de las enfermedades mentales con el objeto de disminuir los prejuicios y promover una visión más positiva de las personas que las padecen. Presentan el programa en una guía de intervención para dirigir las actividades a desarrollar en pro de conseguir los objetivos enumerados. La guía establece diez sesiones a impartir al alumnado, con actividades de diversa índole para alcanzar las metas prefijadas, y es en la primera de estas sesiones donde proponen medir las actitudes de los estudiantes hacia la enfermedad mental a través de la encuesta que también nosotras hemos utilizado, como punto de partida para conocer dicho aspecto, además del nivel de autoconcepto y habilidades sociales de los encuestados. Esta herramienta servirá, además, para volver a medir los aspectos que en ella se reflejan al finalizar el desarrollo de las diez sesiones que conforman el programa, y hacer una medición de los resultados obtenidos en función de la modificación de pensamientos y actitudes que en éstos quede de manifiesto.

La encuesta consiste en quince preguntas, con cinco alternativas de respuesta cada una de ellas, de entre las cuales el alumno sólo puede seleccionar una. Las respuestas posibles son: “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “no lo tengo claro”, “en desacuerdo”, “totalmente en desacuerdo”, a seleccionar en función del grado de conformidad con la afirmación que las precede (**Anexo I**).

Contamos, además, con una plantilla para la corrección del cuestionario, en la cual encontramos la puntuación que se otorga a cada una de las alternativas de respuesta. Éstas oscilan entre uno y cinco puntos, siendo aquella cuyo valor asignado es cinco, la respuesta más correcta, es decir, la que refleja menor grado de estigmatización de la persona con enfermedad mental, o una actitud más positiva hacia ésta (**Anexo II**).

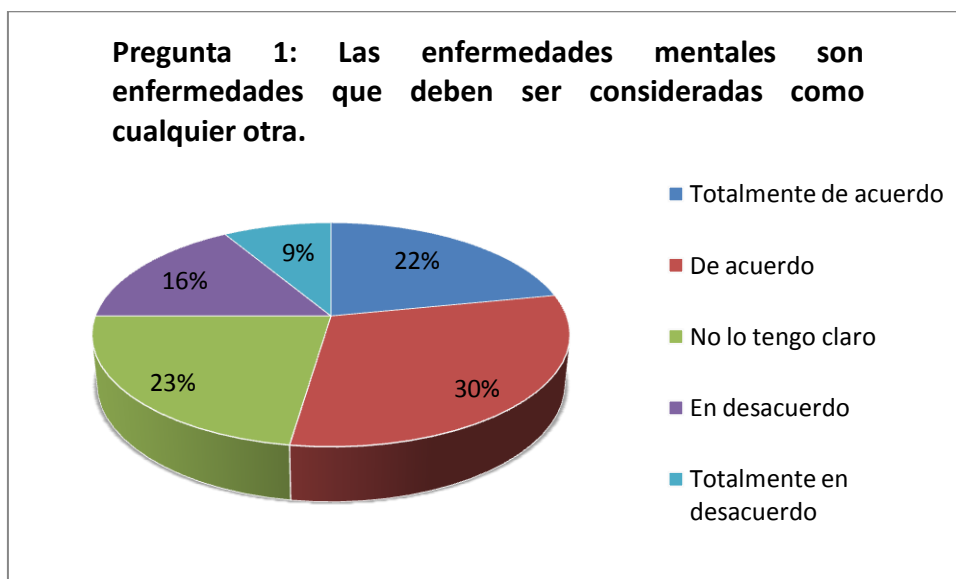
En un primer momento, barajamos la posibilidad de utilizar alguna encuesta validada a nivel internacional, y traducida al español. Una vez comenzada la búsqueda, comprobamos la dificultad de acceder a este material, además de que las encuestas halladas se componían de un elevado número de preguntas, formuladas, además, en un lenguaje demasiado técnico para ser presentadas al colectivo al que íbamos a dirigir la investigación. Durante dicha búsqueda, nos topamos con la guía de la Comunidad Autónoma de Extremadura, anteriormente citada. Decidimos utilizar el Cuestionario AEM que en ella presentan por considerar que las preguntas que lo componen están claramente formuladas, en un lenguaje de sencilla comprensión para el alumnado del segundo ciclo de

E.S.O.; además, el contenido de las mismas, es decir, los aspectos que pretenden medir, encajaba totalmente con aquellos que nosotras perseguíamos conocer.

RESULTADOS

Pregunta 1. Las enfermedades mentales son enfermedades que deben ser consideradas como cualquier otra:

Pregunta 1	
Totalmente de acuerdo	28
De acuerdo	39
No lo tengo claro	29
En desacuerdo	21
Totalmente en desacuerdo	11

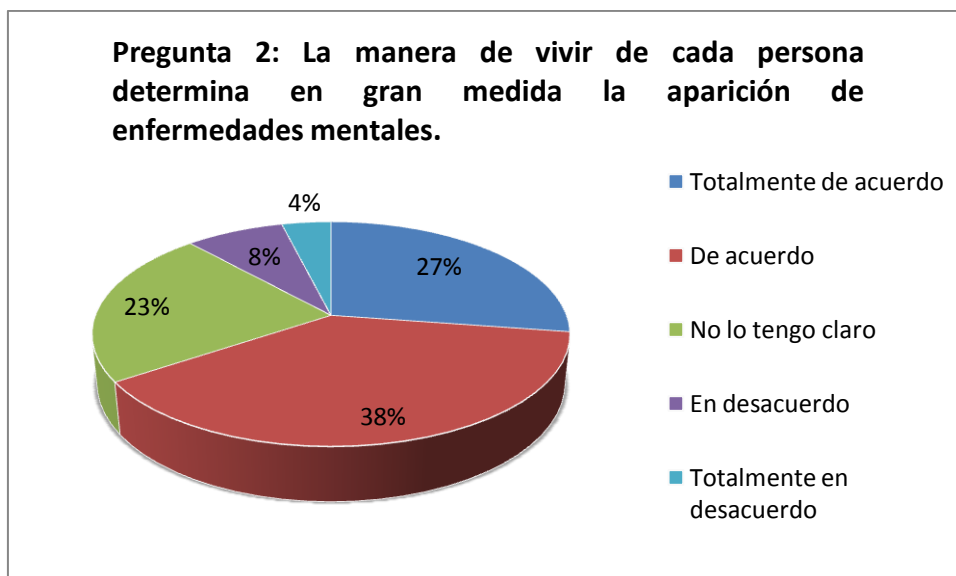


De las 128 respuestas obtenidas, un 22% está “totalmente de acuerdo” con la afirmación de que la enfermedad mental debe ser considerada como cualquier otra enfermedad, y un 30% se muestra “de acuerdo” con la misma (ambas superan el 50% de las respuestas) Por otro lado, un 23% de los encuestados manifiestan no tener clara la respuesta, mientras que un 16% está en “desacuerdo”. Existe un 9% de los encuestados que se muestra

“totalmente en desacuerdo” con la afirmación. Esta ha sido una de las preguntas donde los porcentajes de respuesta han sido más igualados. Si observamos la plantilla de corrección del cuestionario, vemos que más de la mitad de las respuestas coinciden con las opciones más correctas (“totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”).

Pregunta 2. La manera de vivir de cada persona determina en gran medida la aparición de enfermedades mentales:

Pregunta 2	
Totalmente de acuerdo	35
De acuerdo	49
No lo tengo claro	29
En desacuerdo	10
Totalmente en desacuerdo	5

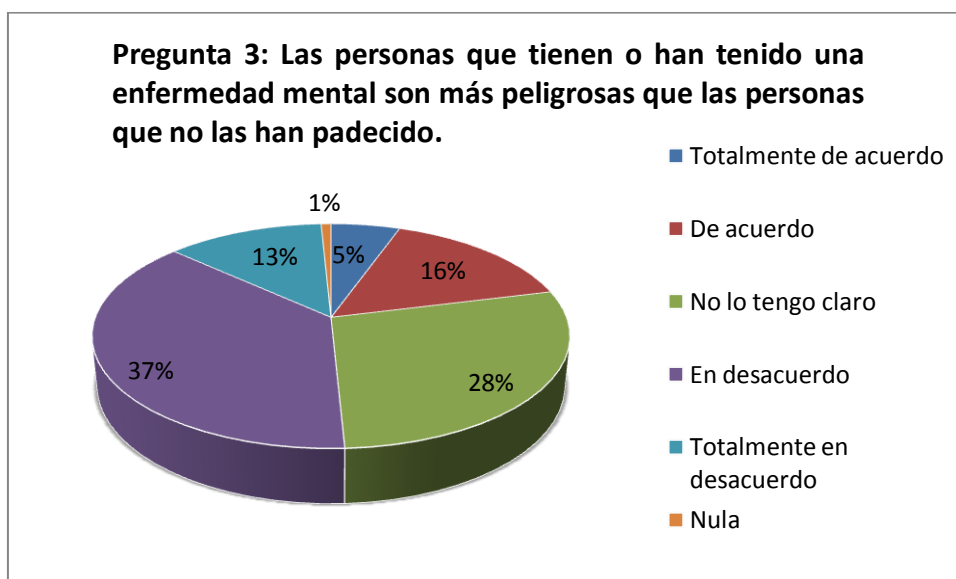


De las 128 respuestas obtenidas, un 27% está “totalmente de acuerdo”, y un 38% “de acuerdo”, con la afirmación de que la manera de vivir de cada persona determina en gran medida la aparición de enfermedades mentales (ambas superan el 60% de las respuestas). Como en la pregunta anterior, hay un 23% de los encuestados que manifiestan no tener clara la respuesta. En porcentajes inferiores se encuentran aquellos que están “en desacuerdo” (8%) y “totalmente en desacuerdo” (4%) con la afirmación. Al igual que

ocurre con la afirmación anterior, observamos que la mayor parte de las respuestas obtenidas a esta pregunta corresponden a las alternativas más adecuadas (“totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”) según la plantilla de corrección.

Pregunta 3. Las personas que tienen o han tenido una enfermedad mental son más peligrosas que las personas que no las han padecido:

Pregunta 3	
Totalmente de acuerdo	7
De acuerdo	20
No lo tengo claro	36
En desacuerdo	48
Totalmente en desacuerdo	16
Nula	1

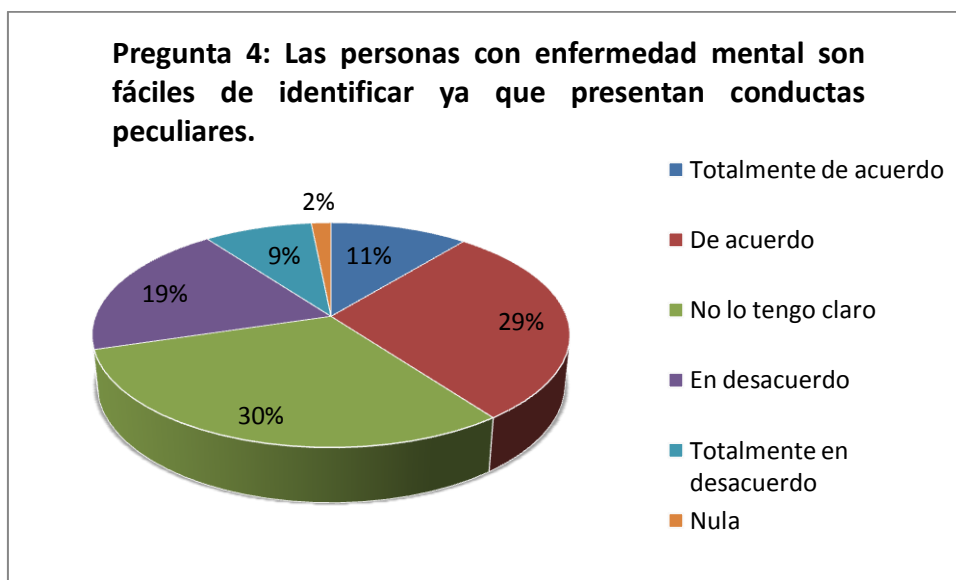


De las 128 respuestas obtenidas, un 13% está “totalmente en desacuerdo” y un 37% “en desacuerdo” con la afirmación de que las personas que tienen o han tenido una enfermedad mental son más peligrosas que las personas que no las han padecido. Un porcentaje significativo manifiesta no tener clara la respuesta (28%), mientras que un 16% está “de acuerdo” con la afirmación y un 5% “totalmente de acuerdo”. Una de las

respuestas a esta pregunta se ha considerado nula por haber señalado más de una opción. Si comparamos los resultados con la plantilla de corrección del cuestionario, encontramos que el porcentaje más alto de respuestas corresponde a una de las opciones más acertadas, “en desacuerdo”; resaltamos también el elevado porcentaje de encuestados que no tienen clara su opinión respecto a esta afirmación.

Pregunta 4. Las personas con enfermedad mental son fáciles de identificar ya que presentan conductas peculiares:

Pregunta 4	
Totalmente de acuerdo	14
De acuerdo	37
No lo tengo claro	39
En desacuerdo	25
Totalmente en desacuerdo	11
Nula	2

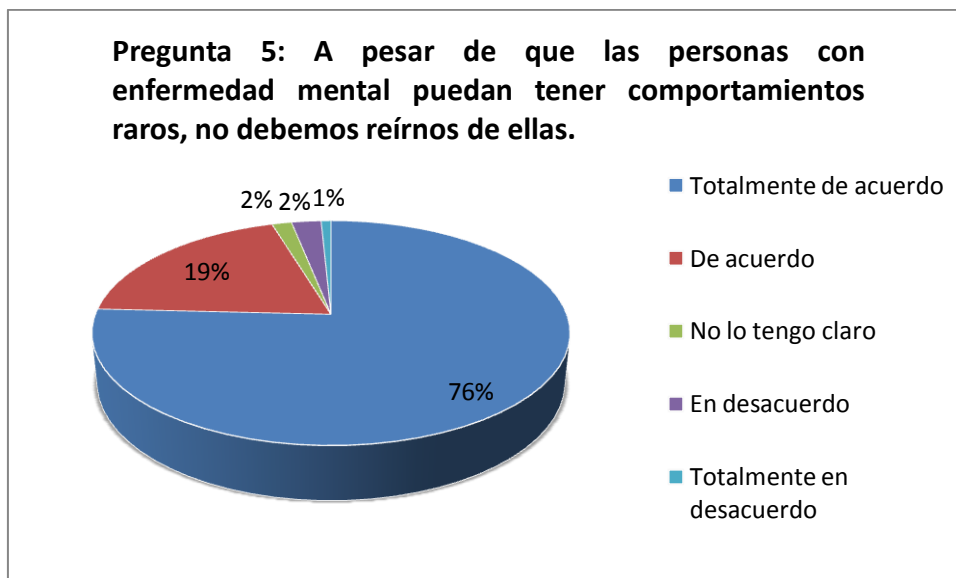


De las 128 respuestas obtenidas, un 11% está “totalmente de acuerdo” y un 29% “de acuerdo” con la afirmación de que las personas con enfermedad mental son fáciles de identificar ya que presentan conductas peculiares. Un porcentaje importante de alumnos,

un 30%, no tiene clara la respuesta, mientras que un 19% está “en desacuerdo” y un 9% está “totalmente en desacuerdo”. Dos de las respuestas manifestadas por los alumnos en esta pregunta se han considerado nulas por haber señalado más de una opción. Destacamos que los resultados obtenidos distan mucho de la opción de respuesta más adecuada (“totalmente en desacuerdo”), pues los porcentajes más altos los encontramos en aquellos que están “de acuerdo” con esta afirmación, y en quienes no tienen claro qué respuesta dar.

Pregunta 5. A pesar de que las personas con enfermedad mental puedan tener comportamientos raros, no deberíamos reírnos de ellas:

Pregunta 5	
Totalmente de acuerdo	97
De acuerdo	25
No lo tengo claro	2
En desacuerdo	3
Totalmente en desacuerdo	1

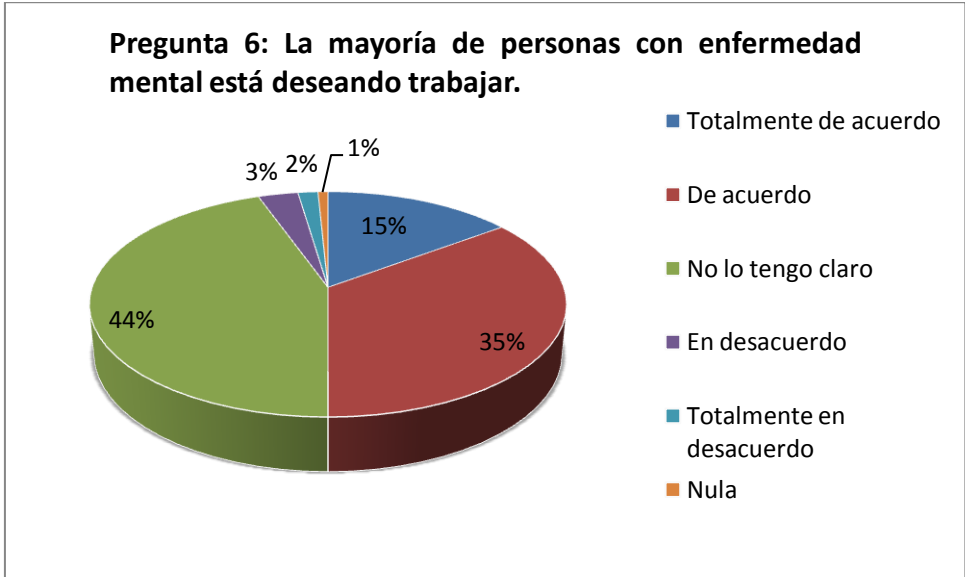


De las 128 respuestas obtenidas, un 76% está “totalmente de acuerdo” y un 19% “de acuerdo”, con la afirmación de que a pesar de que las personas con enfermedad mental puedan tener comportamientos raros, no debemos reírnos de ellas (ambas constituyen el

95% de las respuestas) El 5% restante corresponde a quienes manifiestan no tener clara la respuesta (2%), aquellos que dicen no estar de acuerdo con la afirmación (2%), y el 1% que dice estar “totalmente en desacuerdo”. En el caso de esta afirmación, la práctica totalidad de los encuestados tienen clara las alternativas más correctas, “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”.

Pregunta 6. La mayoría de personas con enfermedad mental está deseando trabajar:

Pregunta 6	
Totalmente de acuerdo	19
De acuerdo	45
No lo tengo claro	57
En desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	2
Nula	1

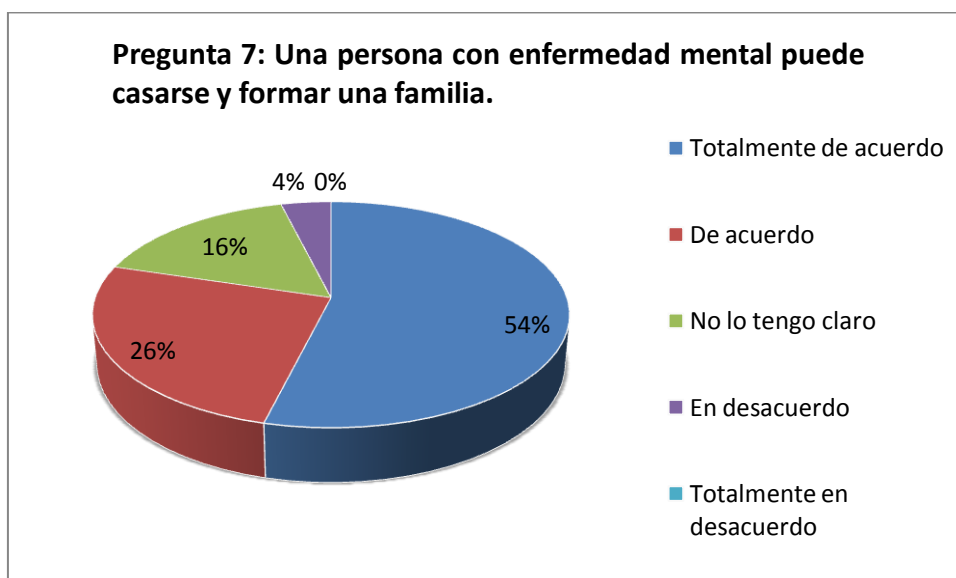


De las 128 respuestas obtenidas, un 15% está “totalmente de acuerdo” y un 35% “de acuerdo”, con la afirmación de que la mayoría de las personas con enfermedad mental está deseando trabajar (ambas suponen el 50% de las respuestas) El mayor porcentaje está entre aquellos que no tienen clara la respuesta (44%), mientras que las respuestas “en

desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo” obtienen pequeños porcentajes (3% y 2% respectivamente) Como en preguntas anteriores, encontramos un porcentaje del 1% de los encuestados cuyas respuestas que se han considerado nulas. Comparando los resultados obtenidos a esta afirmación con la plantilla de corrección del cuestionario, extraemos que hay mucho desconocimiento en torno al deseo de trabajar de las personas con enfermedad mental, pues poco menos del 50% de los encuestados no tienen clara su opinión al respecto. Seguido a este, encontramos al grupo que está “de acuerdo” con la afirmación, acercándose a la respuesta que más se aproxima a la realidad.

Pregunta 7. Una persona con enfermedad mental puede casarse y formar una familia:

Pregunta 7	
Totalmente de acuerdo	69
De acuerdo	33
No lo tengo claro	21
En desacuerdo	5
Totalmente en desacuerdo	0

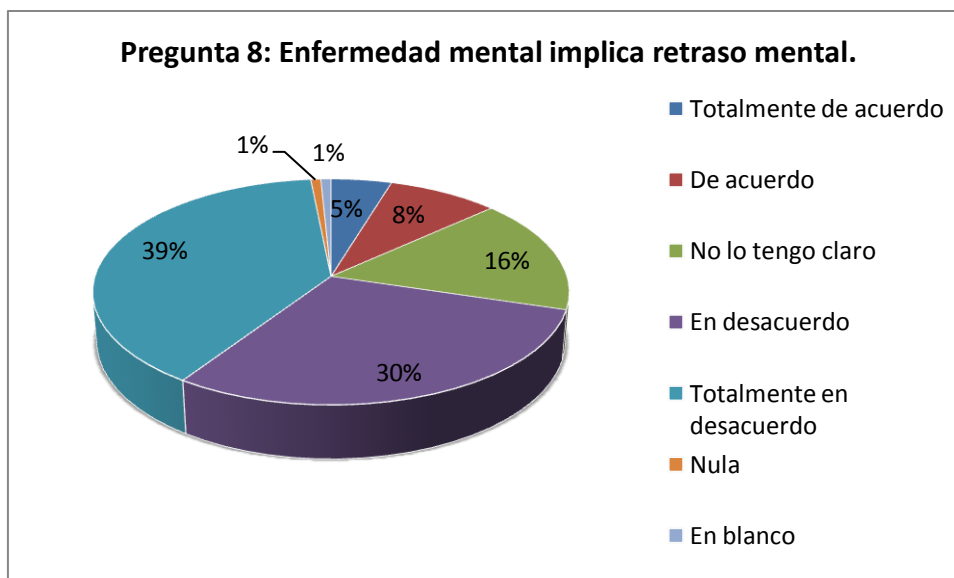


De las 128 respuestas obtenidas, un 54% está “totalmente de acuerdo”, y un 26% “de acuerdo”, con la afirmación de que una persona con enfermedad mental puede casarse y

formar una familia (ambas obtienen el 80% de las respuestas) Un porcentaje del 16% está entre aquellos que no tienen clara la respuesta. La opción “en desacuerdo” obtiene un pequeño porcentaje del 4%, mientras que la opción “totalmente en desacuerdo” no es señalada por ninguno de los alumnos. El 80% correspondiente a los alumnos que han afirmado estar “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” con esta afirmación, es el que coincide con las respuestas consideradas más adecuadas.

Pregunta 8. Enfermedad mental implica retraso mental:

Pregunta 8	
Totalmente de acuerdo	6
De acuerdo	11
No lo tengo claro	21
En desacuerdo	38
Totalmente en desacuerdo	50
Nula	1
En blanco	1

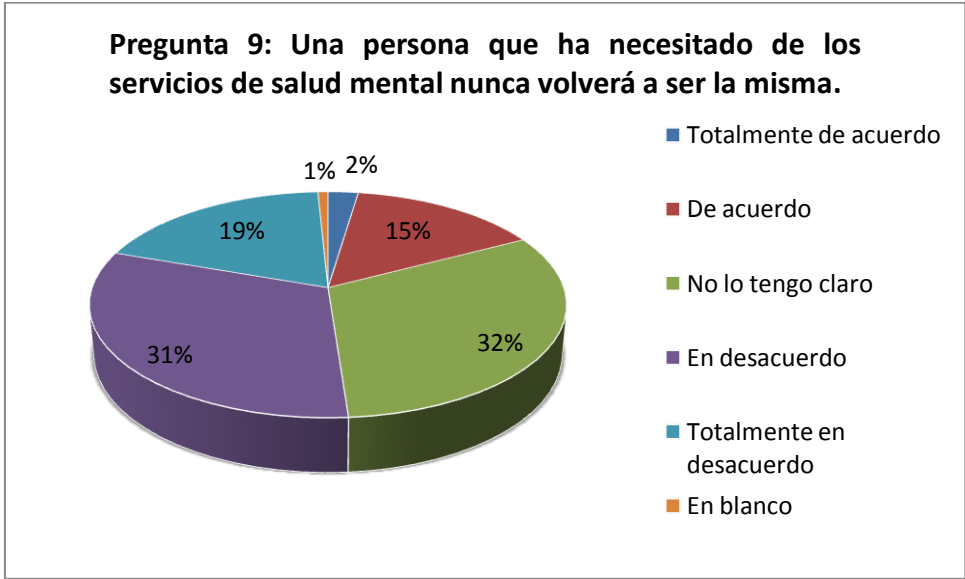


De las 128 respuestas obtenidas, sólo un 5% corresponde a aquellos que están “totalmente de acuerdo”, y un 8% a quienes se muestran “de acuerdo”, con la afirmación de que

enfermedad mental implica retraso mental. El 16% de los preguntados no lo tienen claro. La mayor parte de los mimos se manifiesta “en desacuerdo” con la afirmación (30%) o “totalmente en desacuerdo” (39%), suponiendo ambas alternativas de respuesta el 69% del total de alumnos encuestados. Un 1% de los preguntados ha dejado la pregunta en blanco, y otro 1% corresponde a preguntas consideradas nulas por haber sido seleccionadas más de una opción. Las respuestas que mayor número de alumnos ha seleccionado (“en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”) equivalen las alternativas más correctas.

Pregunta 9. Una persona que ha necesitado de los servicios de salud mental nunca volverá a ser la misma:

Pregunta 9	
Totalmente de acuerdo	3
De acuerdo	19
No lo tengo claro	40
En desacuerdo	40
Totalmente en desacuerdo	24
En blanco	1

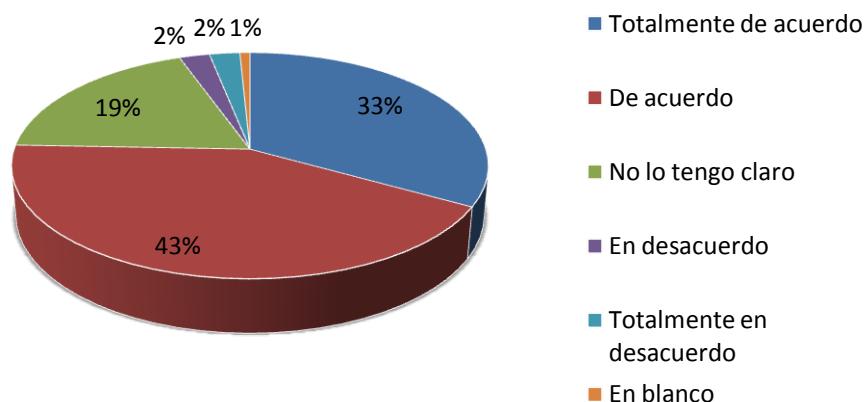


De las 128 respuestas obtenidas, es muy bajo el porcentaje de las correspondientes a aquellos que están “totalmente de acuerdo” con la afirmación de que las personas que han necesitado de los servicios de salud mental nunca volverán a ser las mismas (2%), ascendiendo a un 15% los que se muestran “de acuerdo”. El porcentaje aumenta considerablemente entre aquellos que no tienen clara la respuesta (32%), seguido por los encuestados que están “en desacuerdo” con tal afirmación (31%), y los que se manifiestan “totalmente en desacuerdo” (19%) Un porcentaje del 1% ha dejado esta pregunta sin contestar. Si observamos la tabla de corrección del cuestionario, vemos que, a pesar de que un porcentaje del 31% de los encuestados se aproxima a la respuesta más correcta (“en desacuerdo”), es superado por aquellos que no saben qué contestar, suponiendo la alternativa más seleccionada para esta afirmación.

Pregunta 10. Las personas con alguna enfermedad mental pueden desempeñar tareas cualificadas, aunque en determinados aspectos presenten alguna limitación:

Pregunta 10	
Totalmente de acuerdo	42
De acuerdo	54
No lo tengo claro	24
En desacuerdo	3
Totalmente en desacuerdo	3
En blanco	1

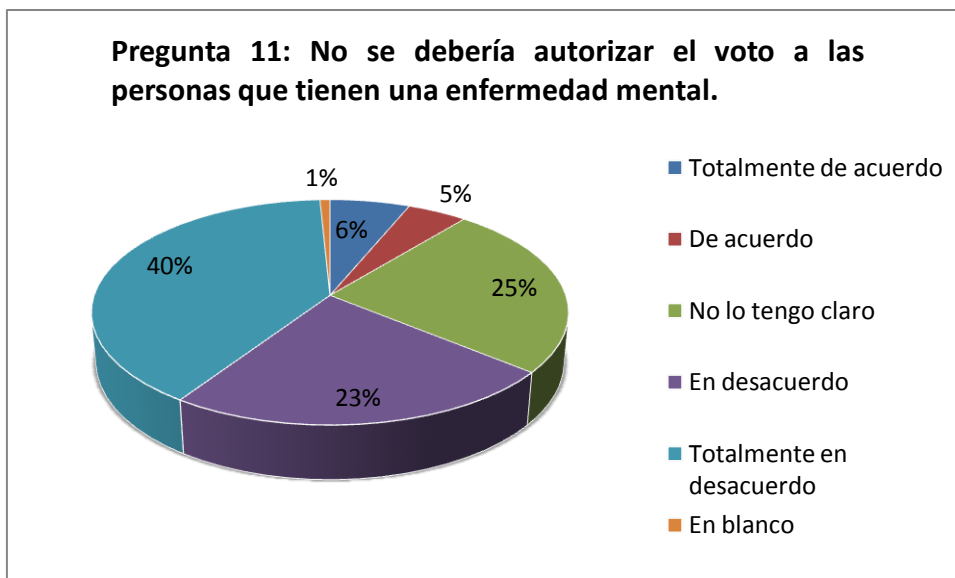
Pregunta 10: Las personas con alguna enfermedad mental pueden desempeñar tareas cualificadas, aunque en determinados aspectos presenten alguna limitación.



De las 128 respuestas obtenidas, el 33% de los encuestados opina estar “totalmente de acuerdo”, y un 43% “de acuerdo”, con la afirmación de que las personas con alguna enfermedad mental pueden desempeñar tareas cualificadas, aunque en determinados aspectos presenten alguna limitación (ambas respuestas suponen el 76% del total). Un 19% de los encuestados no tiene clara su opinión ante tal afirmación, y únicamente el 4% se muestran en desacuerdo (2%) o “totalmente en desacuerdo” (2%) con la misma. Hay un porcentaje del 1% que no ha respondido a esta pregunta. Una vez más, la mayoría de respuestas obtenidas (“totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”) coinciden con las creencias que se consideran más adecuadas.

Pregunta 11. No se debería autorizar el voto a las personas que tienen una enfermedad mental:

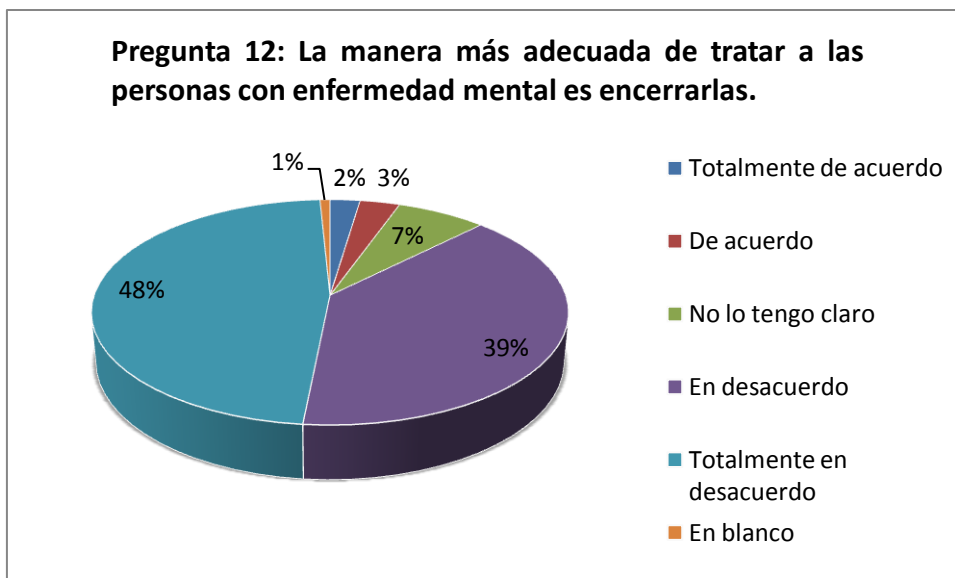
Pregunta 11	
Totalmente de acuerdo	8
De acuerdo	6
No lo tengo claro	32
En desacuerdo	30
Totalmente en desacuerdo	51
En blanco	1



De las 128 respuestas obtenidas, es muy bajo el porcentaje de encuestados que revela estar “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” la afirmación de que no se debería autorizar el voto a las personas que tienen una enfermedad mental, suponiendo el 6% y el 5%, respectivamente, del total. El porcentaje asciende cuando se trata de alumnos que no tienen clara su opinión al respecto (25%) Un 23% se manifiesta “en desacuerdo”, y la mayoría de los preguntados dicen estar “totalmente en desacuerdo” (40%) Existe un 1% que no ha contestado. Aunque la mayoría de personas que han contestado a la encuesta han optado por las opciones más acertadas (“totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo”), cabe resaltar el elevado porcentaje que duda en cuanto a esta afirmación.

Pregunta 12. La manera más adecuada de tratar a las personas con enfermedad mental es encerrarlas:

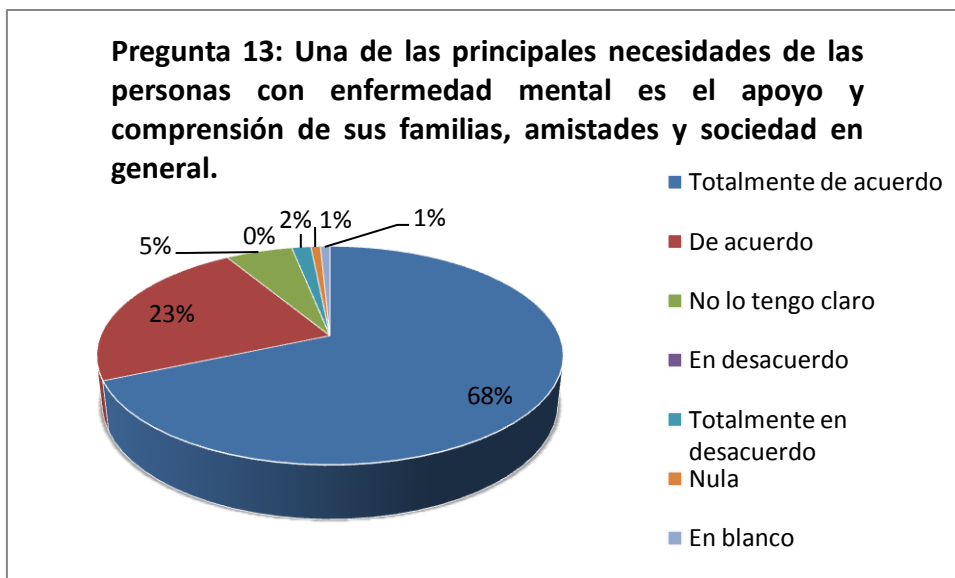
Pregunta 12	
Totalmente de acuerdo	3
De acuerdo	4
No lo tengo claro	9
En desacuerdo	50
Totalmente en desacuerdo	61
En blanco	1



De las 128 respuestas obtenidas, sólo un 2% de los encuestados se muestra “totalmente de acuerdo”, y un 3% “de acuerdo”, con la afirmación de que la manera más adecuada de tratar a las personas con enfermedad mental es encerrarlas. Existe un pequeño porcentaje, equivalente a un 7% del total, que no tiene clara su respuesta. Casi el 90% de los preguntados dice estar “en desacuerdo” (39%) o “totalmente en desacuerdo” (48%) con la afirmación en cuestión. De nuevo, un 1% de los alumnos ha omitido contestar esta pregunta. El mayor porcentaje citado, correspondiendo a las opciones “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo”, coincide con las respuestas que se consideran más acertadas según la plantilla de corrección del cuestionario.

Pregunta 13. Una de las principales necesidades de las personas con enfermedad mental es el apoyo y comprensión de sus familias, amistades y sociedad en general:

Pregunta 13	
Totalmente de acuerdo	87
De acuerdo	29
No lo tengo claro	7
En desacuerdo	0
Totalmente en desacuerdo	2
Nula	1
En blanco	1

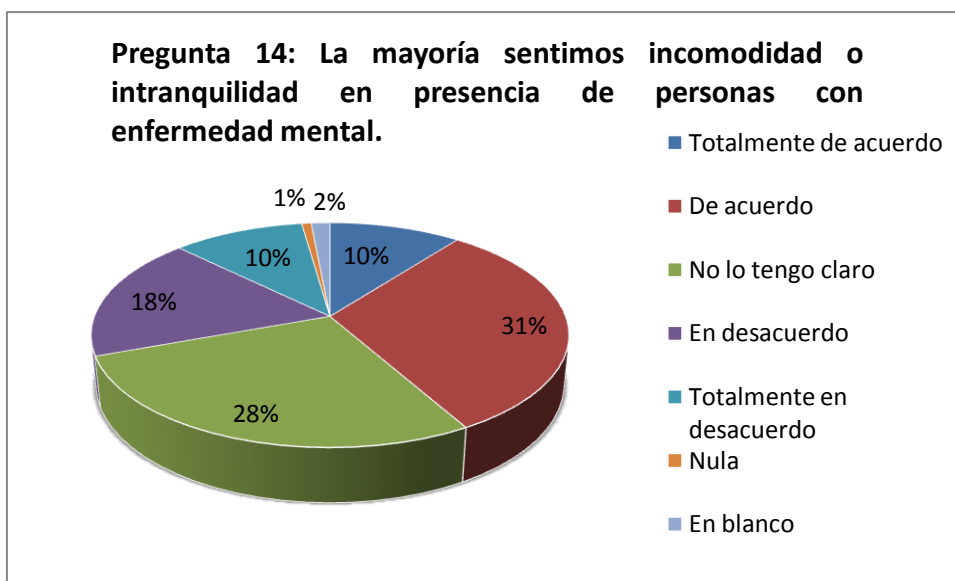


De las 128 respuestas obtenidas, casi tres cuartos de los encuestados se muestran “totalmente de acuerdo” con la afirmación de que la principal necesidad de las personas con enfermedad mental es el apoyo y comprensión de sus familias, amistades y sociedad en general, suponiendo un 68% del porcentaje total de respuestas. Les siguen aquellos que están “de acuerdo”, respuesta que reúne el 23% de todas las recogidas. Un 5% no tienen clara su respuesta; ningún encuestado se manifiesta “de acuerdo” con la afirmación, mientras que sólo un porcentaje del 2% está “totalmente en desacuerdo”. Nos encontramos además con un 1% de respuestas en blanco, y un 1% que se ha considerado nulo por haber seleccionado más de una opción. En esta ocasión, casi el 70% de las respuestas proporcionadas por los encuestados se corresponde con las alternativas de contestación idóneas (“totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”).

Pregunta 14. La mayoría sentimos incomodidad o intranquilidad en presencia de personas con enfermedad mental:

Pregunta 14	
Totalmente de acuerdo	14
De acuerdo	42
No lo tengo claro	37
En desacuerdo	24
Totalmente en desacuerdo	14

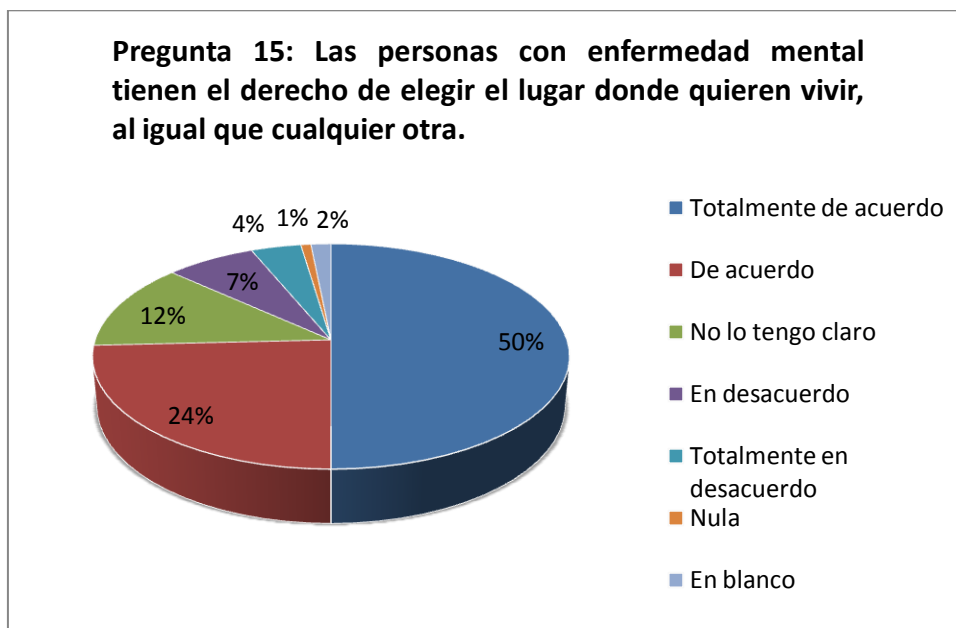
Nula	1
En blanco	2



De las 128 respuestas obtenidas, encontramos amplia variedad de contestaciones ante a la afirmación de que la mayoría sentimos incomodidad o intranquilidad en presencia de personas con enfermedad mental. Un 10% de los encuestados dice estar “totalmente de acuerdo” con la misma, y el porcentaje asciende al 31% en aquellos que se manifiestan “de acuerdo”. Nos encontramos ante un numeroso grupo que dice no tener clara su opinión al respecto (28%) Un 18% se muestra “en desacuerdo” con esta frase, y sólo un 10% opinan estar “totalmente en desacuerdo”. Ha habido un 1% de respuestas nulas, y un 2% en blanco. Respecto a esta afirmación, ha habido mucha diversidad de respuestas; pese a que el mayor porcentaje es el correspondiente a la opción “de acuerdo”, está seguido muy de cerca por el grupo que constituyen aquellos que dicen no tenerlo claro. Ambas posibilidades de respuesta se alejan de la que sería considerada más acertada, “totalmente en desacuerdo”.

Pregunta 15. Las personas con enfermedad mental tienen derecho a elegir el lugar donde quieren vivir, al igual que cualquier otra:

Pregunta 15	
Totalmente de acuerdo	64
De acuerdo	31
No lo tengo claro	16
En desacuerdo	9
Totalmente en desacuerdo	5
Nula	1
En blanco	2



De las 128 respuestas obtenidas, exactamente la mitad de las mismas corresponden a aquellos encuestados que están “totalmente de acuerdo” con la afirmación de que las personas con enfermedad mental tienen derecho a elegir el lugar donde quieren vivir, al igual que cualquier otra persona. A este grupo les sigue el de quienes se manifiestan “de acuerdo” con la misma, suponiendo entre ambas respuestas las tres cuartas partes del total de los preguntados. Un 12% de éstos ha seleccionado la opción “no lo tengo claro”, que equivale casi al mismo porcentaje que constituyen quienes están “en desacuerdo” (7%) y “totalmente en desacuerdo” (4%) Un 1% de las respuestas se ha considerado nulo,

y un 2% de las mismas no ha sido contestado. Comparando los resultados obtenidos con los que, según la plantilla de corrección del cuestionario, serían los más adecuados, observamos que las contestaciones que suponen los porcentajes más elevados (“totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”) coinciden con las que se consideran respuestas más acertadas.

CONCLUSIONES

1. La reforma psiquiátrica, pese a las condiciones favorables del momento y las buenas intenciones de cambio, ha resultado un proceso fracasado, debido, entre otros, a la falta de compromiso político y clínico, al trato que hacen los medios de comunicación de la enfermedad mental, y a la necesidad de modificar las percepciones sociales respecto a este colectivo.
2. Las personas con enfermedad mental sufren un alto grado de estigmatización. Uno de los aspectos que ha contribuido a ello es la clasificación que se ha hecho de los diagnósticos psiquiátricos a lo largo de la historia, y el lenguaje que se sigue utilizando a día de hoy para designar a quienes padecen una enfermedad mental, con importante carga peyorativa y significaciones negativas.
3. La estigmatización de las personas con enfermedad mental supone graves consecuencias: la restricción de sus derechos, problemas de acceso al mercado laboral y a una vivienda, limitaciones para la autodeterminación en aspectos referentes a su propia vida (p.ej. formar una familia), ausencia de tratamiento por temor a acudir a servicios de atención especializados por miedo a ser etiquetados, aislamiento... Una de las consecuencias más alarmantes es el “autoestigma”, ya que minora la autoestima de quien vuelve los prejuicios contra sí mismo, y puede terminar haciéndose efectiva la baja autoeficacia que previamente se le adjudica.
4. Como profesionales implicados directamente en esta problemática por nuestra responsabilidad de intervenir en aquellas situaciones que conllevan el malestar psicosocial de los individuos, los Trabajadores Sociales debemos mantener una actitud activa en lo que a la promoción del colectivo de personas con enfermedad mental se refiere, atendiendo al enfoque psicosocial del proceso salud/enfermedad, defendiendo su autodeterminación, capacidades y derechos, trabajando el empoderamiento, fomentando la coordinación de instituciones y la creación de redes de apoyo, e impulsando proyectos comunitarios.
5. La existencia de numerosos retos pendientes de abordar en materia de salud mental, en concreto de aquellos relacionados con la eliminación del estigma social asociado a la enfermedad mental, es una evidencia que queda manifiesta en la elaboración de políticas públicas que así lo recogen, incluyendo entre sus líneas estratégicas objetivos y recomendaciones para el logro de los retos en cuestión, como sucede con la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

6. Las asociaciones de profesionales y familiares de personas con enfermedad mental constituyen un motor de lucha y de cambio hacia una mayor comprensión y aceptación de la enfermedad y del colectivo afectado. Sin embargo, se han dado únicamente los primeros pasos de la mano de agrupaciones integradas por los propios usuarios de los servicios de salud mental, que abogan por la promoción de sus derechos, el aumento de su participación en la sociedad, y la lucha contra el estigma al que están sometidos. Ellos son, sin duda, los protagonistas de esta historia, y deberían serlo también de sus propias vidas.
7. Existe entre la población en general, en los alumnos del segundo ciclo de E.S.O. de la Comarca de la Ribagorza en particular, un gran desconocimiento en torno a la enfermedad mental y a las implicaciones que ésta lleva consigo. Como podemos extraer a partir de la investigación realizada, son muchos los aspectos respecto a los cuales los encuestados no tienen una opinión clara, relacionados con si puede o no ser considerada la enfermedad mental como cualquier otra, si influye en su aparición la manera de vivir de las personas, si quienes la padecen son peligrosos, y otras cuestiones de índole laboral, comportamental... En cuanto al aspecto laboral, por detenernos en uno de ellos y por ser éste un asunto de preocupación principal para quienes sufren problemas de integración en este ámbito por padecer una enfermedad mental, hemos visto cómo la mitad de los encuestados no tienen claro que las personas que padecen una enfermedad mental estén deseando trabajar. En realidad, este es un deseo por el que muchos pacientes psiquiátricos mantienen una lucha diaria e incansable, pues en la sociedad en la que vivimos, la entrada en el mundo laboral supone el punto de partida de una vida normalizada respecto a los estándares establecidos y las expectativas socialmente impuestas.
8. Podemos concluir, según los resultados de la investigación, la existencia de aspectos que tienen todavía arraigados fuertes sentimientos de estigmatización. Esto se hace patente principalmente en cuestiones como la supuesta peligrosidad de las personas que padecen una enfermedad mental, o la intranquilidad manifiesta por quienes se encuentran en presencia de los que conforman este colectivo, aspectos que consideramos están muy relacionados entre sí. De hecho, un alto porcentaje de los alumnos encuestados ha reconocido sentirse incómodo en compañía de una persona que padezca una enfermedad mental, sentimiento vinculado a una serie de creencias negativas en torno a la enfermedad mental y quienes la padecen.

9. Por último, queremos hacer referencia a nuestras impresiones personales respecto a las expectativas previas a realizar esta investigación y el análisis posterior de los datos obtenidos. Han supuesto para nosotras una relativa sorpresa los resultados que hemos podido observar, ya que esperábamos contestaciones que revelaran actitudes mucho más estereotipadas y la existencia de más prejuicios; en cambio, los alumnos de 3º y 4º de E.S.O. de los centros educativos de la Comarca de la Ribagorza han demostrado sensibilidad y empatía en relación a algunos aspectos que se habían considerado susceptibles de mayor estigmatización. Pese a esto, volvemos a insistir en el alto grado de desconocimiento que existe sobre la enfermedad mental y lo que ésta conlleva (también manifestado en el estudio realizado en la Comarca de la Ribagorza), así como que el estigma asociado a esta enfermedad sigue presente (a lo que nos hemos referido al hablar de la peligrosidad y la intranquilidad que suscitan quienes la padecen) Es por esto que, como Trabajadoras Sociales, creemos en la necesidad de seguir interviniendo en la comunidad en pro de un mayor conocimiento de la enfermedad mental y la modificación de creencias erróneas, con las consecuencias negativas que éstas generan. Tras la investigación realizada, sería necesario diseñar y desarrollar en el ámbito educativo al que se ha dirigido el estudio, un conjunto de actuaciones para trabajar, con los alumnos que han participado, aquellas creencias y actitudes negativas detectadas hacia la enfermedad mental y quienes la padecen, con el objetivo de promover una mayor aproximación y conocimiento de esta enfermedad, concepciones más favorables, y procesos integradores del colectivo que nos ocupa. En definitiva, continuar luchando por la eliminación del estigma asociado a la enfermedad mental, asunto en el que todavía queda mucho por hacer.

BIBLIOGRAFÍA

- ABAD RUÍZ, A. (2013) Estigma en la epilepsia: 30 años después. Parte I: Antecedentes. Trabajo Social y Salud; 76: 5-23.
- ABAD RUÍZ, A., ABAD ALEGRÍA, F. y MIRANDA ARANDA, M. (2013) Estigma en la epilepsia: 30 años después. Parte II: Resultados de una encuesta. Trabajo Social y Salud; 76: 25-41.
- AGUSTÍN MELIÁN (2003) Enfermedad mental, marginación y sufrimiento humano. Enfermedad mental, marginación y sufrimiento humano: homenaje al padre Fernando Lorente; 1: 29-36.
- ARETIO ROMERO, A. (2010) Una mirada al estigma de la enfermedad mental. Cuadernos de Trabajo Social; 23: 289-300.
- ARIÑO, B. y SAN PÍO, M.J. (2007) El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria; 7, 2: 115-126.
- ARNAÍZ, A. y URIARTE, J.J. (2006) Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental; 26: 49-59.
- BÁEZ, J., FERNÁNDEZ JAIMES, C. y GONZÁLEZ JIMÉNEZ, A.M. (2013) Reflexiones acerca de la inclusión laboral en el discurso de la salud mental. Tesis psicológica; 8, 2: 82-96.
- CASAL ÁLVAREZ, J.C. (2010) Derechos y participación de las personas con diversidad mental. Cuadernos de Trabajo Social; 23: 301-321.
- CASCO, M., NATERA, G. y HERREJÓN, M.E. (1987) La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía. Salud Mental; 10, 2: 41-53.
- DESVIAT, M. (2010) Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de Trabajo Social; 23: 253-263.
- FEAFES (2008) Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de estilo.
- GARCÍA-SÍLBERMAN, S. (2002) Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. Salud pública de México; 44, 4: 289-296.
- GOFFMAN, E. (1963) Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- GUINEA, R. (2007) Breve recorrido por la historia de la rehabilitación psicosocial en España. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria; 7,2: 135-145.
- HERRERA CASTELLANOS, M. (2011) Fórmula para cálculo de la muestra de poblaciones finitas. Hospital Roosevelt. Ciudad de Guatemala, Guatemala. Sitio web:

<http://investigacionpediahr.files.wordpress.com/2011/01/formula-para-cc3a1lculo-de-la-muestra-poblaciones-finitas-var-categorica.pdf>

LAMAS, S. (2004) Qué queréis que os diga... hace treinta años. *Siso/Saude*; 40: 79-91.

LÓPEZ, M., LAVIANA, M., FERNÁNDEZ, L., LÓPEZ, A., RODRÍGUEZ, A.M. Y APARICIO, A. (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 28, 101: 43-83.

MICHAELS, P.J., LÓPEZ, M., RÜSCH, N. y CORRIGAN, W. (2012) Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*; 4, 2: 183-194.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD DEL GOBIERNO DE ESPAÑA. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1985). Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

MIRANDA ARANDA, M. (1996) Marginación y enfermedad mental. *Trabajo Social y Salud*; 24: 17-54.

MORALES VALLEJO, P. (2012) Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Tamaño necesario de la muestra: ¿cuántos sujetos necesitamos? Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Facultad de Humanidades. Sitio web: <http://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%1oMuestra.pdf>

ONU. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

PANADERO HERRERO, S. (2011) Calidad de vida y funcionamiento psicosocial de las personas con trastornos mentales graves y duraderos. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*; 7: 51-59.

POLAINO LORENTE (2003) Marginación, psicología atribucional y enfermedad mental. *Enfermedad mental, marginación y sufrimiento humano: homenaje al padre Fernando Lorente*; 1: 37-50.

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD. SUBDIRECCIÓN DE SALUD MENTAL (2011). Guía Salud Mental Positiva. Programa de Promoción de la Salud Mental Positiva y Prevención de la Enfermedad Mental en el ámbito escolar de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia.

SEVA DÍAZ, A. y FERNÁNDEZ DOCTOR, A. (1995) El poder marginador de los diagnósticos psiquiátricos. Antecedentes históricos y momento actual. Trabajo Social y Salud; 21: 243-277.

URIARTE URIARTE, J.J. (2007) Psiquiatría y rehabilitación: la rehabilitación psicosocial en el contexto de la atención a la enfermedad mental grave. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria; 7, 2: 87-101.

VALLESPÍ CANTABRANA, A. (2007) Algunas reflexiones sobre la situación actual del desarrollo de la rehabilitación psicosocial y los programas de atención a la enfermedad mental grave en el estado. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria; 7, 2: 105-113.

Referencias legales:

Constitución Española, 1978.

ANEXOS

ANEXO I

Cuestionario de Actitud hacia la Enfermedad Mental (AEM)

CENTRO DE ENSEÑANZA:

CURSO:

A continuación te presentamos una serie de afirmaciones. Señala con una X según estés de acuerdo o no con tal afirmación.

1. Las enfermedades mentales son enfermedades que deben ser consideradas como cualquier otra.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

2. La manera de vivir de cada persona determina en gran medida la aparición de enfermedades mentales.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

3. Las personas que tienen o han tenido una enfermedad mental son más peligrosas que las personas que no las han padecido.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

4. Las personas con enfermedad mental son fáciles de identificar ya que presentan conductas peculiares.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

5. A pesar de que las personas con enfermedad mental puedan tener comportamientos raros, no debemos reírnos de ellas.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

6. La mayoría de personas con una enfermedad mental está deseando trabajar.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

7. Una persona con una enfermedad mental puede casarse y formar una familia.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

8. Enfermedad mental implica retraso mental.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

9. Una persona que ha necesitado de los servicios de salud mental nunca volverá a ser la misma.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

10. Las personas con alguna enfermedad mental pueden desempeñar tareas calificadas, aunque en determinados aspectos presenten alguna limitación.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

11. No se debería autorizar el voto a las personas que tienen una enfermedad mental.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

12. La manera más adecuada de tratar a las personas con enfermedad mental es encerrarlas.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

13. Una de las principales necesidades de las personas con enfermedad mental es el apoyo y comprensión de sus familias, amistades y sociedad en general.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

14. La mayoría sentimos incomodidad o intranquilidad en presencia de personas con enfermedad mental.

- ☐ Totalmente de acuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ No lo tengo claro
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Totalmente en desacuerdo

15. Las personas con enfermedad mental tienen el derecho de elegir el lugar donde quieren vivir, al igual que cualquier otra.

☐ Totalmente de acuerdo

☐ De acuerdo

☐ No lo tengo claro

☐ En desacuerdo

☐ Totalmente en desacuerdo

-MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN-

ANEXO II

Plantilla de corrección del Cuestionario de Actitud hacia la Enfermedad Mental (AEM)

Las puntuaciones que se otorgan a cada una de las alternativas de respuesta oscilan entre 1 y 5 puntos, siendo 5 la alternativa de respuesta más correcta.

ÍTEM	RESPUESTAS				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No lo tengo claro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	5	4	3	2	1
2	5	4	3	2	1
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	5	4	3	2	1
6	5	4	3	2	1
7	5	4	3	2	1
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	5	4	3	2	1
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	5	4	3	2	1
14	1	2	3	4	5
15	5	4	3	2	1

